*Ewa Wilczek-Rużyczka*

# KOMUNIKOWANIE SIĘ Z CHORYM PSYCHICZNIE








Recenzent: Prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski
Opracowanie redakcyjne: Jadwiga Sławińska-Iwańczuk
Korekta: Milena Mizura, Jadwiga Sławińska-Iwańczuk
DTP: Marek Skórski
Projekt okładki: Paweł Kaniuk

ISBN: 978-83-60608-15-9



Wydanie I
Lublin 2007



Wydawnictwo CZELEJ Sp. z o.o.
20-807 Lublin, ul. Czeremchowa 21
tel. (0 81) 743 77 66, fax (0 81) 534 77 88
e-mail: wydawnictwo@czelej.com.pl
www.czelej.com.pl

# Spis treści

*„Podstawą kontaktu psychiatrycznego*
*jest szacunek, a nawet pewna pokora*
*wobec bogactwa odsłaniającej przed*
*oczyma struktury świata drugiego człowieka"*
*A. Kępiński „Autoportret człowieka"*

# WPROWADZENIE

Fascynacja chorobą psychiczną oraz wszelkimi aspektami z nią związanymi na przestrzeni wieków nie uległa pomniejszeniu. Współcześnie temat ten jest chętnie podejmowany zarówno w malarstwie, jak i w filmie czy literaturze. Niestety, postawy społeczeństwa ewoluują jednak zbyt wolno w stosunku do tempa wzrostu wiedzy specjalistów odnośnie do etiologii, diagnostyki oraz leczenia zaburzeń psychicznych. Stereotypowe postrzeganie pacjenta psychiatrycznego i jego choroby krzywdzi oraz implikuje jego dehumanizację i degradację. A przecież ludzie z problemami natury psychicznej różnią się od pozostałych jedynie większą wrażliwością, przez co niejednokrotnie nie są w stanie udźwignąć emocjonalnego ciężaru własnych doświadczeń życiowych.

Jak wskazują badania cytowane przez B. Witkowską w pracy „Osobowościowe uwarunkowania postaw wobec osób z zaburzeniami psychicznymi" opublikowanej w 2001 roku w „Przeglądzie Psychologicznym", postawy ludzkie wobec pacjentów z zaburzeniami psychicznymi są wyraźnie mniej przychylne niż wobec ludzi z chorobami somatycznymi. Wynika to z tego, że wszystko, czego człowiek nie potrafi samodzielnie wytłumaczyć czy zrozumieć, budzi lęk, dystans oraz wrogość. Zachowania osób chorych psychicznie dla przeważającej części społeczeństwa są niezrozumiałe, dziwne, zaskakujące. Zdaniem W. Brodniaka, obraz chorób psychicznych „w świadomości społecznej był historycznie i jest współcześnie kształtowany przez równie zróżnicowane jak same społeczeństwa, systemy światopoglądowe, które próbują interpretować i wyjaśniać rzeczywistość fizyczną, społeczną i duchową w formie wierzeń, wiedzy potocznej i naukowej, przekonań i wyobrażeń".

Obraz ten otoczony aurą mitów, najczęściej wyolbrzymionych i błędnych, bezpośrednio dotyka pacjentów placówek psychiatrycznych. W związku z tym, osoba, która choć raz odwiedzi psychiatrę, nie mówiąc już o przyjmowaniu leków czy pobycie na oddziale szpitala psychiatrycznego, zostaje naznaczona piętnem odmieńca niebezpiecznego dla siebie i otoczenia. Taka etykieta raz nadana, przylega do człowieka na całe jego życie, mimo że często objawy choroby się nie powtarzają, mimo remisji i powrotu do normalnego funkcjonowania. Dotyka to nie tylko pacjenta, ale także jego rodzinę, wpływa negatywnie na kontakty społeczne, jakość życia i poczucie wartości. Eksponując zaburzenia psychiczne, jednocześnie degraduje oraz dehumanizuje te wartościowe strony człowieka, które funkcjonują w sposób prawidłowy. A zdaniem R. Jaccard, autora głośnej książki pt. „Szaleństwo", identyfikacja osoby jako umysłowo chorej doprowadza nawet do społecznej segregacji i uprzedmiotowienia.

Tworzenie mitów, nadinterpretacji i sądów na temat choroby psychicznej jest wynikiem braku dostatecznej wiedzy. Laicyzm w dziedzinie podstawowych

zagadnień psychiatrycznych na poziomie jednostkowym, uruchamia proces tworzenia stereotypu osoby z zaburzeniami psychicznymi. Słowo „stereotyp" wywodzi się z języka greckiego – *steros*, czyli stężały, twardy, oraz *typos* – odcisk, wzorzec. Jako pierwszy termin ten wprowadził W. Lippman w celu określenia umysłowych wizji rzeczywistości społecznej, które rodziły się nie na gruncie doświadczenia, ale z wzajemnych przekonań. Współcześnie stanowi rodzaj poznawczego schematu, będącego podstawą oceny innych i przyjęcia w związku z tym określonych postaw.

Generalizacja nie jest korzystna dla ocenianej jednostki, ponieważ utożsamiając ją z grupą, przesłania jej wyjątkowość i indywidualizm. Ma to działanie jedynie krzywdzące. Stereotyp jako obawa przed nieznanym jest implikacją bezrefleksyjnego przyjmowania szerzących się sądów w danej społeczności i środowisku. W związku z tym panuje przekonanie, że człowiek chory psychicznie jest szalony, obłąkany, nie potrafi samodzielnie kontrolować swoich emocji, przez co zagraża nie tylko sobie, ale też każdej osobie napotkanej na swojej drodze. Bycie chorym psychicznie w świadomości społecznej to także pewnego rodzaju dewiacja wynikająca z naruszenia przyjętych norm postępowania. Jak pisze R. Jaccard, „faktycznie to społeczność określa myślenie i zachowania; to ona przypisuje granice szaleństwu".

A. Grzywa w artykule pt. „Piętno choroby psychicznej", zwróciła uwagę, że stygmatyzowanie przejawia się również w używaniu pejoratywnych określeń typu „czubek", „głupek", „szaleniec" czy „niespełna rozumu", które podkreślają odmienność osób psychicznie chorych oraz ich niższość intelektualną.

Naznaczanie w starożytnej Grecji było formą rytuału polegającego na wypalaniu bądź wycinaniu na skórze osoby powszechnie potępianej przez społeczność charakterystycznego znaku. Koncepcja E. Goffmana, za pomocą której socjolodzy wyjaśniają zjawisko etykietyzowania, to przeniesienie starożytnego wymiaru piętna w czasy współczesne. Zakłada bowiem, że wszyscy, którzy swoim zachowaniem nie spełniają kryteriów poprawności społeczno-kulturowej, spotykają się z piętnującą reakcją. Co prawda nie ma ona już fizycznej formy, jednak ślad, jaki pozostawia, też jest bolesny i trwały.

Za czynniki wpływające na kształtowanie takich postaw różni autorzy podają: płeć, wiek, wykształcenie, cechy osobowości. Jak wykazali Cohen i Struening, osoby młode prezentują bardziej przychylny stosunek do chorób psychicznych. Na podobne tendencje wskazały wyniki sondażu przeprowadzonego w roku 2003 w ramach kampanii „Schizofrenia – otwórzcie drzwi", o czym napisała L. Płachecka w artykule „Choroba psychiczna jako naznaczenie" w czasopiśmie „Pielęgniarka i Położna" z 2004 roku. Okazało się mianowicie, że Polacy w wieku 15-35 lat zdeklarowali wysoki poziom akceptacji chorych na schizofrenię.

Również płeć ma wpływ na kształtowanie postaw, na co wskazuje B. Witkowska, przytaczając we wspomnianym artykule rezultaty badań w skali ATDP Yukera (*Attitudes Toward Disabled Persons Scale*). Potwierdzają one, że kobiety, uzyskując wyższe wyniki, prezentują bardziej pozytywne ustosunkowanie względem pacjentów psychiatrycznych niż mężczyźni. Podała ponadto,





że istnieją także korelaty pomiędzy poziomem wykształcenia a stosunkiem do osób z problemami natury psychicznej. Im lepsze wykształcenie, tym szersza wiedza także na tematy psychiatryczne, a równocześnie większa akceptacja i wyrozumiałość dla chorych. Potwierdzają to liczne badania. Również wspomniane wyżej cechy osobowości, np. inteligencja czy poczucie własnej wartości mają związek z obrazem chorego psychicznie. Z badań przeprowadzonych na studentach pielęgniarstwa wynika, że autorytarne osobowości prezentowały negatywne ustosunkowanie do ludzi dotkniętych chorobą psychiczną.

W opinii M. Foucault, przedstawionej w książce pt. „Choroba umysłowa a psychologia", winę za wzmacnianie u laików stereotypowych wyobrażeń oraz budowanie bariery pomiędzy zdrowymi a chorymi ponoszą także sami psychiatrzy, publikując analizy najbardziej według nich sensacyjnych przypadków. Choroba psychiczna już sama w sobie stanowi poważne wyzwanie dla osoby, którą dotknęła, a w połączeniu z nieprzychylnym, ostratycznym stanowiskiem społeczeństwa staje się implikacją wielu trudności, przeszkód i cierpienia. Jako że stosunek społeczeństwa do chorych psychicznie zbudowany został na mitach, konieczna jest jego zmiana w kierunku akceptacji i tolerancji inności. Taka potrzeba zachodzi głównie po to, by pacjenci psychiatryczni przestali doświadczać wyalienowania, dystansu i stygmatyzacji ze strony otoczenia oraz by mogli w pełni włączyć się w jego życie i zintegrować się z jego członkami.

W związku z tym, wydaje się, że komunikowanie ma szczególne znaczenie w pomaganiu osobie chorej psychicznie, ponieważ kontakt może pomóc przywrócić jej równowagę wewnętrzną i umożliwić prawidłowe nawiązywanie relacji z otoczeniem.

Komunikowanie się z człowiekiem z zaburzeniami psychicznymi wymaga odpowiednich predyspozycji osobowościowych ze strony osoby komunikującej się i wiedzy zarówno z zakresu komunikowania się, jak i dotyczącej jego problemów, wynikających z sytuacji choroby. Zaliczyć do tego można szczególnie wrażliwość, empatię i autentyczność oraz umiejętność stosowania technik komunikowania się w kontakcie terapeutycznym w różnych sytuacjach z tymi chorymi. Wynika to z tego, że mimo postępów w medycynie, w psychiatrii kontakt z chorym i rozmowa z nim jako podmiotem pozostają nadal podstawowymi narzędziami w procesie terapii – a przesłanie to, pozostawione przez mistrza polskiej psychiatrii, prof. A. Kępińskiego, nie straciło nic na swojej aktualności. Pogląd ten powinien być odnoszony zarówno do pracy lekarza, jak i pielęgniarki czy psychologa, z podkreśleniem dodatkowo spostrzeżenia prof. Kępińskiego, że doświadczenie w tym zakresie można nabyć tylko w kontakcie z człowiekiem chorym psychicznie.

Komunikowanie się osoby pomagającej z pacjentem chorym psychicznie powinno odbywać się w sposób werbalny i niewerbalny. O jakości i precyzji tego komunikowania decyduje zbieżność obu jej sposobów. Zarówno jeden, jak i drugi sposób komunikacji wymaga od osoby pomagającej wrażliwości i wytrwałości, gdyż chorzy psychotyczni są tak zajęci swoimi przeżyciami, że prosta prośba lub polecenie może mieć dla nich zupełnie inny sens. Nie należy również oczekiwać od nich od razu sensownych i zrozumiałych, werbalnych

odpowiedzi. Dlatego osoba pomagająca musi być świadoma celu tego, „co chce przekazać pacjentowi i powinna wyrażać się rzeczowo, jasno i zrozumiale dla pacjenta. Powinna także pamiętać, że – tak jak podkreśla A. Kępiński w „Poznaniu chorego" – istotą kontaktu z pacjentem psychotycznym jest poznanie i zrozumienie świata jego przeżyć.

Książka ta jest skierowana do wszystkich osób, które chcą pomagać chorym psychicznie, również do studentów kierunków medycznych i humanistycznych, którzy w trakcie studiów podejmą próby kontaktu z tymi pacjentami, a w przyszłości pragną im pomagać. W poszczególnych rozdziałach omówiono zarówno podstawy teoretyczne komunikowania się, jak i jego specyfikę w przypadku osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Ponadto przedstawiono problemy i sytuację tych osób w rodzinie i społeczeństwie z uwzględnieniem aspektów etycznych i prawnych.



ROZDZIAŁ 1

# KOMUNIKOWANIE SIĘ – ZASADY OGÓLNE

## 1.1. Definicje komunikowania

Proces komunikowania stanowi podstawową cechę organizacji społeczeństw. Istotą życia w grupie jest umiejętność wymiany informacji pomiędzy jednostką a otaczającym światem. Pojęcie „komunikacja" jest bardzo szerokie. Pochodzi ono od łacińskich słów *communico*, *communicare*, co oznacza uczynić wspólnym, połączyć, udzielić komuś wiadomości, naradzać się, oraz *communio*, które oznacza wspólność, poczucie łączności. Termin *communication* szybko rozpowszechnił się na świecie i aż do XVI wieku oznaczał wejście we wspólnotę, utrzymywanie relacji z kimś. Wraz z rozwojem poczty i dróg pojęcie to zyskało inny wymiar – transmisja, przekaz. W języku polskim pojęcie „komunikacja" ma dwa zasadnicze znaczenia – oznacza albo przemieszczanie się czy też podróżowanie albo porozumiewanie się ludzi pomiędzy sobą.

Komunikowanie to zjawisko bardzo powszechne, towarzyszące ludziom od początku ich istnienia, jest ono „warunkiem życia indywidualnego i społecznego" [16], bo „człowiek jest tak bardzo istotą społeczną, że nigdy nie może być samotny" [12]. Uwzględnia zatem aspekt socjologiczny, a więc człowieka jako istotę żyjącą w otoczeniu sobie równych przedstawicieli, przekazujących sobie informacje dotyczące uczuć, opinii, poglądów na temat otaczającej rzeczywistości i swojej własnej osoby. Jako że człowiek jest składową społeczeństwa, w którym uczy się współżycia i wzajemnych reakcji międzyludzkich, akceptowanych przez otoczenie, musi ciągle zdobywać i rozwijać umiejętność komunikowania się. Komunikowanie się jest procesem ciągłym, pozwalającym na nieustanną poprawę i zdobywanie doświadczenia w zakresie umiejętności interpersonalnych niezbędnych w procesie komunikacji, a chcąc podkreślić znaczenie porozumiewania się człowieka z otoczeniem, można użyć sformułowania *homo communicanes* [16].

Zagadnienie to stanowiło i stanowi doskonały materiał badawczy z zakresu psychologii, socjologii i psychiatrii. W literaturze spotykamy się z rozmaitymi definicjami, które mimo różnych ujęć, traktują podobnie ten temat. Powołując się na jedno ze źródeł, czytamy, że komunikowanie się jest procesem, dzięki któremu jednostka przekazuje i otrzymuje informacje [25]. Przekaz powyższych może następować zarówno za pomocą mowy, jak i z udziałem znaków graficznych lub przekazu pozawerbalnego.

W innym ujęciu „komunikacja polega na wymianie informacji. Informacją jest wszystko, co ma miejsce w danej sytuacji i co podlega danemu kontekstowi. Jeśli wszystko, to również i brak reakcji jest informacją – komunikatem. W tym znaczeniu niemożliwe jest, aby móc »nie komunikować«" [5].

Wydaje się, że definicja podana przez Satir najdokładniej oddaje sens tego pojęcia. Według niej, komunikowanie „jest olbrzymim parasolem, który wszystko obejmuje i ma wpływ na to, co dokonuje się w istocie ludzkiej. Komunikowanie staje się jedynym i najważniejszym czynnikiem, który określa, jakiego rodzaju relacje nawiąże ona z innymi i co przeżyje w swoim otoczeniu" [20].

Można zatem określić, że wyżej omówiony proces stanowi bazę i źródło związków międzyludzkich. Wzajemne zrozumienie i reakcje interpersonalne są wynikiem przekazywania i zdobywania informacji. Oczywiście skuteczne komunikowanie się to takie, które pozwala na swobodny przepływ informacji i zrozumienie stron dialogu. Efektywność komunikowania jest wynikiem kierowania się odpowiednimi maksymami [14], do których należą:

- jakości – wyrażanie zdania popartego dowodami;
- odpowiedzialności – wyrażanie opinii na temat w określonej rozmowie;
- sposobu – unikanie dwuznaczności w wypowiedzi, niejasności, zachowanie logiczności.

Skuteczność ta uzależniana jest również od sposobu komunikowania się danej społeczności, czy jest ona jednorodna pod względem lingwistycznym i czy istnieje możliwość ewentualnego uzgodnienia znaczeń i symboli językowych. Człowiek, który zaczyna świadomie wypowiadać treści i opinie na dany temat, coraz bardziej podkreśla swoją indywidualność i swoją niepowtarzalność. Zatem szacunek wobec poglądów innych powinien być wpajany od małego dziecka.

Biorąc pod uwagę to, czy nad procesem komunikacji dominuje jedna osoba, czy utrzymana jest równowaga między podmiotami relacji, możemy mówić o komunikacji jednostronnej lub dwustronnej. Ta pierwsza charakteryzuje się przepływem informacji tylko w jedną stronę i nie bierze pod uwagę informacji zwrotnych. Do takich form komunikowania się zaliczyć można monologi i przekazy treści przez mass media. Komunikowanie dwustronne uwzględnia natomiast odbiorcę i rozkład przekazywania informacji. Ponieważ ważne jest to, co odbiera nasz rozmówca, zaangażowanie podmiotów jest takie same. Dokonując oceny obydwu rodzajów komunikowania, dwustronne można określić jako trudniejsze, ponieważ w obliczu informacji zwrotnych na temat przekazywanych treści wymaga się elastyczności od nadawcy wobec rozmówcy.





Ze względu na bogactwo i zróżnicowanie form przekazu wykorzystuje się wiele kanałów informacyjnych. Pierwszy z nich to kanał wzrokowy, używający zmysłu wzroku.

Kanał słuchowy opiera się na zmyśle słuchu. Informacje przekazywane poprzez kanał kinestetyczny wykorzystywane są do nadawania i odbierania sygnałów fizjologicznych oraz poprzez dotyk. W zależności od stopnia uszkodzenia jednego z kanałów, pozostałe mogą stać się bardziej wyspecjalizowane i dostarczać informacji na temat otoczenia.

Istnieje wiele definicji komunikacji. Jedną z pierwszych, a zarazem fundamentalnych jest definicja Charlesa Cooleya, według którego komunikowanie to „swego rodzaju mechanizm, dzięki któremu stosunki międzyludzkie istnieją i rozwijają się, a wytworzone przez umysł ludzki symbole są przekazywane w przestrzeni i zachowane w czasie" [6]. Badacz ten oprócz oczywistych form porozumiewania się jak słowo czy pismo, zwrócił uwagę także na przekaz niewerbalny: wyraz twarzy, postawa, gest, tonacja głosu.

Humaniści podkreślają naturalne dla człowieka pragnienie wspólnoty i głębokich więzi międzyludzkich [11].

Kolejne definicje ujmowały pojęcie komunikacji w różny sposób – jako narzędzie egzystencji, środek wyrazu, transmisja idei i emocji czy też reakcja organizmu na bodziec. W zależności od punktu widzenia, definicja komunikowania zawiera bądź czynnik społeczny (jako wyraz norm), bądź czynnik obejmujący bardziej językową i symboliczną stronę komunikacji.

Dość uniwersalną definicję komunikacji proponuje B. Dobek-Ostrowska: „komunikowanie jest procesem porozumiewania się jednostek, grup lub instytucji. Jego celem jest wymiana myśli, dzielenie się wiedzą, informacjami i ideami. Proces ten odbywa się na różnych poziomach, przy użyciu zróżnicowanych środków i wywołuje określone skutki" [6].

## 1.2. Elementy procesu komunikacji

Komunikacja, a więc wymiana różnego rodzaju informacji, zachodzi na wielu poziomach. J. Reusch wyróżnia następujące poziomy komunikacji: intrapersonalny, interpersonalny i społeczny [19]. Najbardziej bliskim człowiekowi poziomem, sięgającym w jego sferę osobistą, jest poziom intrapersonalny. W obrębie ciała każdego człowieka ośrodkowy układ nerwowy odbiera i wysyła mnóstwo informacji, regulując w ten sposób procesy życiowe organizmu.

Kolejnym poziomem jest komunikowanie interpersonalne. Komunikowanie międzyludzkie sięga najstarszych, prymitywnych form skupisk ludzkich, które dzięki zdolności porozumiewania mogły przekształcić się w zorganizowane społeczeństwa. Pierwotnym sposobem komunikowania były gesty i inne przejawy komunikacji niewerbalnej. Rozwój mowy dał możliwość precyzyjnego wyrażania i przekazywania myśli, co niewątpliwie miało wpływ na kształtowanie się relacji międzyludzkich.

Zaistnienie zwartych społeczności dało możliwość rozwoju kolejnego poziomu porozumiewania, mianowicie komunikację wewnątrzgrupową. Na tym poziomie zaczęły się wykształcać formy i wzory ludzkich interakcji, pojawił się problem powiązań, kontroli i hierarchii. Członkowie społeczności byli zobowiązani do przestrzegania ustalonych norm, określono granice i zaistniało zjawisko wpływu społecznego.

Sformalizowanie grup społecznych, dokładne określenie zasad ich funkcjonowania i przynależności doprowadziło do powstania komunikacji międzygrupowej. Jednak duża liczebność owych grup wprowadziła pewne ograniczenia. Otóż nie wszystkie zaliczone do danej grupy jednostki mogły mieć bezpośredni kontakt z przedstawicielami innych społeczności. Wobec takiego problemu zaistniała konieczność wyłonienia przedstawicielstwa. Wybrane jednostki, reprezentując swoją grupę, były odpowiedzialne za nawiązywanie i utrzymywanie kontaktów z innymi grupami.

W miarę rozwoju funkcjonowania społeczeństwa, organizowania różnych struktur i instytucji, pojawiła się potrzeba wprowadzenia specyficznego rodzaju komunikowania się – poziomu komunikowania organizacyjnego. Procesy porozumiewania się na tym poziomie są bardzo sformalizowane. Jasno zdefiniowane są struktury władzy i kontroli, jednoznacznie określone role nadawcy i odbiorcy w przeciwieństwie do niższych poziomów, gdzie istnieje pewna dowolność w tym zakresie.

Ostatnim rodzajem przekazywania informacji wykształconym przez człowieka jest komunikacja masowa. Powstała ona z chwilą pojawienia się nowych środków przekazu: książki, radia, telewizji czy coraz dynamiczniej rozwijającej się „sieci" – Internetu. Na tym poziomie w wymianie informacji uczestniczy bardzo duża grupa ludzi. W przypadku radia, prasy i telewizji większość ludzi jest odbiorcami, natomiast Internet stwarza możliwości interaktywnego porozumiewania się. Biorąc pod uwagę ilość form komunikacji, omówione poziomy komunikowania społecznego można ująć w postaci schematu przedstawionego na rycinie 1.

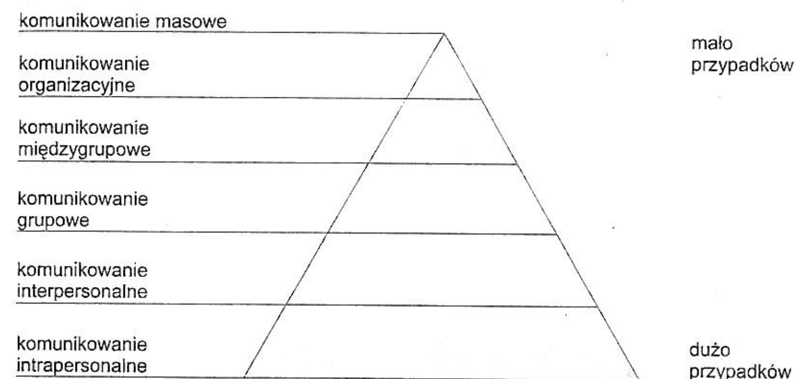
Schemat na rycinie 1 ilustruje poziomy komunikacji społecznej – najwięcej form porozumiewania się występuje w przypadkach bezpośredniego kontaktu ludzi, natomiast najmniej zaobserwować można w przypadku komunikacji masowej.

Efektywne komunikowanie się to szereg powiązanych elementów, dzięki którym proces ten służy zdobywaniu wiedzy o otaczającym świecie, pozwala poznać myśli i uczucia innych ludzi, a także interpretować posiadane informacje. Do najważniejszych elementów procesu komunikacji należą:

- kontekst;
- uczestnicy;
- komunikat;
- kanał przekazu;
- szumy;
- sprzężenie zwrotne.








**RYC. 1.** Poziomy komunikowania w społeczeństwie według D. McQuaila [15].

Ogólnie mówiąc, kontekst to warunki, w jakich odbywa się proces porozumiewania. Ten element komunikacji można rozpatrywać w kilku aspektach. Pierwszy z nich to otoczenie fizyczne, w którym dokonuje się ten proces. Do elementów otoczenia fizycznego zaliczyć można: temperaturę, światło, miejsce i czas, a więc atmosferę zewnętrzną. Następny to aspekt historyczny, biorący pod uwagę ilość sytuacji z przeszłości, do których odwołują się uczestnicy procesu komunikacji. Kolejny aspekt – psychologiczny, dotyczy wzajemnego postrzegania się uczestników kontaktu i wpływu owych spostrzeżeń na określanie znaczeń przekazywanych informacji. Należy wspomnieć także o aspekcie kulturowym, obejmującym wartości, symbole i zachowania, jakie preferowane są w danej społeczności (narodowości).

Elementem, bez którego proces komunikacji nie miałby miejsca, są uczestnicy pełniący rolę nadawców i odbiorców. Każda osoba w tym procesie pełni obie role jednocześnie. Musi być zdolna do nadawania komunikatu i odbierania informacji od drugiej osoby. W szczególnych przypadkach, gdzie komunikacja ma charakter sformalizowany, role nadawcy i odbiorcy są ustalone i się nie zmieniają.

Według jednego z badaczy omawianego zagadnienia, R. Verderbera, „uczestników procesu różnią trzy podstawowe elementy: stosunek do innych, płeć i kultura" [6]. Od wzajemnych relacji uczestników procesu komunikowania się, zgodności ich idei, dążeń i doświadczeń życiowych zależy efekt końcowy wymiany informacji. Inny stopień porozumienia osiągną partnerzy i przyjaciele, czyli raczej osoby o zbieżnych poglądach, a inny wrogowie, przeciwnicy oraz ludzie żyjący w różnych środowiskach.

Odmienna perspektywa, bagaż przeżyć i preferowane w danej społeczności tradycje mogą stanowić poważną barierę w dzieleniu się wiedzą i wzajemnym zrozumieniu uczestników komunikacji. Brak przewidywalności reakcji rozmówcy i lęk przed złą interpretacją nadawanych komunikatów generują różne postawy uczestników omawianego procesu. Spektrum przybieranych postaw

jest bardzo szerokie. Od obaw związanych z podjęciem komunikowania się i uległości wobec drugiej strony aż po upór i zdecydowanie, a nawet zachowania agresywne.

Komunikat jest centralnym elementem procesu porozumiewania się. Przekaz dokonuje się za pomocą znanego stronom komunikacji systemu symboli (słów i dźwięków). Dzięki nim człowiek nadaje znaczenie swoim myślom lub uczuciom i przekazuje je drugiemu człowiekowi. Proces przemiany myśli i uczuć w symbole oraz sposób organizacji tych symboli nazwany jest procesem kodowania. Aby wymiana informacji była efektywna, u osoby odbierającej informacje musi zajść proces zamiany symboli w myśli. Przemiana ta zwana jest dekodowaniem. Umiejętność właściwego użycia symboli, a więc kodowania i dekodowania, stanowi o stopniu porozumienia stron.

Wzajemne zrozumienie jest bardzo ważne w relacjach międzyludzkich. Dlatego też zarówno nadawca, jak i odbiorca starają się wykorzystać dostępne im środki, aby wyrazić swe myśli. Przekonanie o właściwym odbiorze i interpretacji informacji wzmaga się, gdy komunikat przekazywany jest „wielokanałowo". Kanał przekazu jest to droga, za pomocą której komunikat trafia od nadawcy do odbiorcy. Podstawowym kanałem służącym przekazowi informacji jest mowa i zdolność słyszenia słów. Jednak bezpośredni kontakt interpersonalny daje możliwość czerpania informacji także z innych źródeł, gdyż istnieje sposobność obserwacji postawy i zachowania drugiej osoby. Niekiedy kanałem przekazu stają się inne narządy zmysłów: dotyk, smak, a nawet zapach. Nadawca może oddziaływać na rozmówcę poprzez kilka kanałów jednocześnie. Im więcej użytych kanałów do przekazu informacji, tym staje się ona bardziej czytelna i jasna dla odbiorcy.

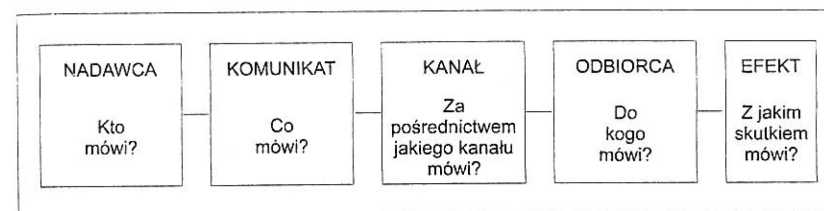
Elementem niepożądanym w procesie komunikacji są tzw. szumy, czyli zakłócenia przekazywania i odbioru informacji. Szumami będą wszystkie czynniki, które mogą przyczynić się do zniekształcania pierwotnego przekazu. Mogą one mieć charakter zewnętrzny, wewnętrzny i semantyczny. Szum zewnętrzny związany jest z otoczeniem, czyli warunkami, w jakich odbywa się proces komunikacji. Podstawowymi czynnikami w tym zakresie są: temperatura, poziom hałasu, miejsce i czas przeprowadzania rozmowy.

Zakłócenia zwane szumami wewnętrznymi odnoszą się do samego człowieka. Oznaczają one zarówno utrudnienia w porozumiewaniu, których przyczyną jest zmęczenie lub złe samopoczucie, jak i problemy w komunikacji, wynikające ze sztywno przyjętych stereotypów postrzegania ludzi. Patrzenie przez pryzmat schematu uniemożliwia odbiór i interpretację informacji. Do tej kategorii zaliczyć należy także cechy osobowości, które są przeszkodą w nawiązaniu właściwej relacji, np. impulsywność, upór, brak empatii, agresywność i władczość. Ludzie przejawiający takie cechy mają więcej problemów w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych [1].

Czynniki semantyczne, będące powodem zakłóceń w komunikacji, powstają w wyniku złego użycia przez nadawcę znaczenia danego słowa, co blokuje precyzyjne odkodowanie i powoduje błędną interpretację komunikatu przez odbiorcę przekazu.








**RYC. 2.** Model komunikacji między nadawcą a odbiorcą [22].

Ostatnim elementem komunikatu jest tzw. sprzężenie zwrotne. Nazwą tą określa się reakcję odbiorcy na komunikat po jego odkodowaniu. Odbiorca udziela nadawcy komunikatu informacji zwrotnej o stopniu zrozumienia tudzież swoim stosunku do usłyszanych informacji.

Komunikacja uzależniona jest od kilku czynników, do których niewątpliwie zaliczają się cechy nadawcy i odbiorcy. Człowiek może być potraktowany jako źródło informacji zarówno swoich myśli, jak i zachowania [22]. Może on rozpocząć jednocześnie komunikację drogą werbalną i pozawerbalną. Rycina 2 przedstawia proces wysyłania wiadomości oraz uczestnictwa w nim nadawcy i odbiorcy.

Zilustrowany na rycinie 2 model procesu wysyłania wiadomości „rozpoczyna się od myśli i odczuć nadawcy, tj. od wewnętrznego, psychicznego świata i potwierdza, że muszą one być zakodowane, jeśli mają być przekazane innej osobie. Wiadomość składająca się z werbalnych i niewerbalnych znaków i symboli musi być przeniesiona przez określone kanały do jednego lub większej liczby zmysłów, tak żeby odbiorca mógł ją zrozumieć (odebrać)" [7]. Rola odbiorcy polega na odkodowaniu i interpretacji wiadomości. Wynikiem tego jest czynny proces ujawniania się jego przemyśleń na temat otrzymanych wiadomości. „Prawdopodobne jest, że w każdej interakcji odbiorca będzie miał myśli i uczucia, które zakoduje na swój własny sposób i wyśle je do nadawcy. W ten sposób odbywa się proces dwustronnej komunikacji" [7].

Nadawca powinien mieć świadomość, że odbiorca nie zna jego myśli, dlatego nie może zaistnieć sytuacja domyślania się przez odbiorcę, o co chodziło nadawcy. Nie bez znaczenia są zatem konkretne i rzetelne informacje przekazywane rozmówcy [16].

Informacje zwrotne są osobistymi zmiennymi, których doświadczają podmioty relacji [21]. Na drodze przekazywania i odbierania informacji występuje wiele przeszkód (szumy). Mogą one towarzyszyć zarówno nadawcy, jak i odbiorcy. Trudności mogą wynikać z czynników fizycznych i psychologicznych [22]. Do czynników fizycznych zalicza się: pośpiech, hałas, niekorzystne warunki atmosferyczne, krótki czas wypowiedzi lub niewyraźną mowę. Do drugiej grupy należą choroby psychiczne i różnego rodzaju mechanizmy obronne (świadome lub nie) [16, 22]. Należy mieć świadomość, że czynniki w środowisku mogą być postrzegane indywidualnie i nie być odbierane przez pozostałych rozmówców. Przebieg poprawnego komunikowania pozbawiony jest błędów, względnie

następuje ich szybka niwelacja. Błędy te dotyczą obydwu podmiotów relacji. Nadawca może nie komunikować tego, co naprawdę chciał przekazać z powodu obaw lub możliwości szybkiej zmiany zdania. Komunikaty wysyłane przez niego mogą być sprzeczne lub rozbieżne. Odbiorca natomiast może nie być skoncentrowany na przekazywanych treściach, nie słuchać nadawcy, a jeżeli już to robi, to tylko po to, aby znaleźć dogodny moment do zabrania głosu i by ocenić rozmówcę. Podstawową sprawą ułatwiającą komunikowanie jest szacunek wobec drugiej osoby, otwartość i aktywne reagowanie na otrzymywane treści. Należy pamiętać, że komunikacja wymaga współpracy nadawcy i odbiorcy, w przeciwnym razie pozostaje monolog. Nie jest to chyba jednak to, o co chodzi, biorąc pod uwagę człowieka jako jednostkę społeczną.

## 1.3. Rodzaje komunikowania

W badaniach nad zagadnieniem komunikacji mówi się o kilku sposobach porozumiewania się:

- bezpośrednim (interpersonalnym);
- pośrednim (masowym);
- medialnym.

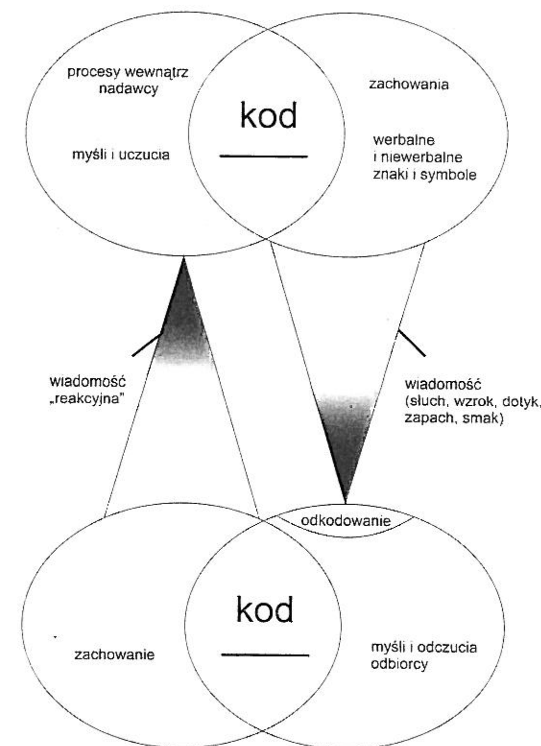
Najczęstszym sposobem wymiany informacji jest komunikacja interpersonalna, dokonująca się bezpośrednio. Według W. Głodowskiego [9], jest to „proces przekazywania i odbierania informacji między dwiema osobami lub pomiędzy małą grupą osób, wywołujący określone skutki i rodzaje sprzężeń zwrotnych". Taki proces komunikowania bezpośredniego został przedstawiony na rycinie 3.

Z ryciny 3 wynika, że komunikowanie bezpośrednie ma charakter interakcyjny, to znaczy dotyczy minimum dwóch jednostek, które wchodzą we wzajemne relacje. Dzięki temu informacja zwrotna od odbiorcy następuje bardzo szybko. Jednocześnie udzielając owej zwrotnej informacji, odbiorca staje się nadawcą. Dlatego też można powiedzieć, że jest to również proces dwustronny, gdyż uczestnicy dialogu wymieniają się rolami nadawcy i odbiorcy.

W zależności od rodzaju wymienianych informacji oraz stopnia znajomości rozmówców, K. Balawajder [3] analizuje proces komunikacji interpersonalnej na trzech poziomach: fatycznym, instrumentalnym i afektywnym. Poziom fatyczny to swobodna rozmowa na tematy małej wagi. Uczestnicy dialogu znają się słabo i nie mają intencji wywierania wpływu na rozmówcę. Na poziomie instrumentalnym osoby biorące udział w akcie komunikowania się chcą osiągnąć porozumienie, lecz różnią się znacznie w swoich poglądach. Dążą zatem do przekonania partnera do swoich racji. Przytaczają argumenty pomocne w obronie własnego stanowiska i poprzez dyskusję chcą osiągnąć konsensus. Poziom afektywny ma miejsce, gdy w procesie komunikacji ujawniają się emocje, widoczny jest szczery obraz wartości i idei, jakimi kierują się ludzie w życiu. Rozmowa ma charakter osobisty i dotyczy spraw ważnych dla uczestników. Celem








**RYC. 3.** Komunikowanie bezpośrednie [9].

osób kontaktujących się na tym poziomie jest głębokie poznanie i zrozumienie drugiego człowieka.

Komunikowanie pośrednie – masowe jest to proces przekazywania komunikatów od nadawcy tzw. medialnego do odbiorców środków masowego przekazu za pośrednictwem mass mediów. Cecha, która wyróżnia ten sposób komunikacji spośród innych, to istnienie między nadawcą a odbiorcą pewnego pośrednika pełniącego rolę nadawcy wtórnego.

Komunikowanie medialne jest szczególnym przypadkiem komunikowania interpersonalnego, w którym uczestnicy nie mają możliwości bezpośredniego kontaktu. Ten sposób przekazywania informacji rozwinął się wraz z postępem technicznym. Przejawami tego rodzaju komunikacji są rozmowy telefoniczne, kontakt przez pocztę elektroniczną czy tzw. wideokonferencje.

Rozpatrując szerzej zagadnienie komunikacji interpersonalnej, która jest głównym rodzajem porozumiewania się w przypadku osób z opóźnieniem umysłowym, można wyróżnić jej dwie formy: komunikację odbywającą się za pośrednictwem słów i komunikację niewerbalną. W przypadkach bezpośredniego kontaktu nadawcy i odbiorcy obie te formy zachodzą jednocześnie

i wzajemnie się uzupełniają. Niektórzy badacze uważają, że 65% komunikacji międzyludzkiej to przekaz niewerbalny, a tylko 35% to odczytywanie znaczenia słów [9].

Podstawą porozumiewania się za pomocą symboli i dźwięków jest ujęcie ich w pewien schemat organizacji. Używanie słów w określony sposób to język, który spełnia rolę komunikacyjną, gdy rozumiany jest przez dużą grupę ludzi mieszkających na danym terenie.

Znaczenie języka dla człowieka jest ogromne. Jak uważa W. Von Humboldt, „nawet gdyby w ogóle nie brać pod uwagę potrzeby komunikowania się ludzi między sobą, język i tak byłby dla człowieka niezbędnym warunkiem myślenia, także w sytuacji trwałego odosobnienia" [2].

Odpowiedź na pytanie: po co ludzie używają języka? można zawrzeć w kilku punktach [6]. A więc, by:

- określać, etykietować, wyznaczać i definiować myśli, uczucia, przedmioty, doświadczenia w celu ich wymiany z innymi ludźmi;
- oceniać rzeczy, ludzi, uczucia zgodnie z posiadanym systemem postaw i wartości;
- prezentować i omawiać wyniki własnych życiowych doświadczeń, mówić o przeszłych wydarzeniach, o teraźniejszości i ewentualnych hipotetycznych sytuacjach, które zaistnieją w przyszłości; język pozwala dzielić się doświadczeniami, dziedzictwem i wizją przyszłości;
- mówić o języku, jego składni i strukturze.

Mimo że mowa ludzka jest najdoskonalszym narzędziem przekazu, dzięki któremu można precyzyjnie wyrazić poglądy i myśli, to w procesie komunikacji zasadniczą rolę odgrywa tzw. mowa niewerbalna. „Nasze zachowania są różne w rozmaitych sytuacjach, ale przejrzysty język ciała i tonalność głosu powodują ogromne różnice w znaczeniu i oddziaływaniu tego, co mówimy. Tonalność i język ciała decydują, czy wypowiadane słowo cześć jest (..) świadectwem rozpoznania, groźbą, złośliwością czy serdecznym powitaniem" [4].

Ekspresja niewerbalna to szeroki wachlarz różnych sygnałów. Owe sygnały mieszczą się w kilku zasadniczych pojęciach związanych z komunikacją niewerbalną [18]:

- Kinezjetyka bierze pod uwagę gesty, pozycję ciała, wykonywane w czasie rozmowy ruchy oraz kontakt wzrokowy. Jak pisze L. Miosga, „jest to zjawisko nieuchronne. Można przestać mówić w sensie wokalnym, ale nie można w ogóle wstrzymać emitowania informacji – intencjonalnie lub nieintencjonalnie ciało stale wysyła sygnały poprzez postawę, pochylenie, rozluźnienie, napięcie, gesty".
- Proksemika obejmuje pojęcia dystansu i przestrzennych relacji pomiędzy komunikującymi się osobami. „Granica określająca, na jaką odległość osoba chce się do kogoś zbliżyć, jest wyznaczana indywidualnie i uzależniona od stopnia zażyłości między ludźmi, wzajemnego zainteresowania oraz poczucia bezpieczeństwa lub zagrożenia w czyjejś obecności".
- Parajęzyk to głosowe, lecz niewerbalne aspekty porozumiewania się: wysokość i natężenie głosu, tempo mówienia, barwa i modulacja głosu. Do





sposobów porozumiewania się zaliczyć należy także śmiech, pisk, krzyk i mruczenie. W przypadku ludzi z problemami psychicznymi te właśnie sygnały głosowe będą miały duże znaczenie dla komunikacji.
- Samoprezentacja, czyli fizyczny wygląd uczestników dialogu. Zasadnicze znaczenie mają tu cechy, takie jak budowa ciała, ubranie, fryzura, makijaż, biżuteria itp. Składniki te dają dużo informacji o rozmówcy i już na wstępie określają relacje komunikacyjne.

Znaczącą rolę w przekazach niewerbalnych mają bodźce działające na narządy zmysłów. Podstawowe są informacje wzrokowe. Dotyk wyrażony uściskiem dłoni, poklepywaniem, obejmowaniem świadczy o stosunku emocjonalnym uczestników interakcji. Niekiedy, zwłaszcza u osób z problemami psychicznymi, występują ograniczenia w odbiorze niektórych sygnałów. Wówczas informacje uzyskane dostępnymi drogami budują obraz świata.

Komunikowanie niewerbalne to także cała gama emblematów, czyli ogólnie przyjętych gestów, znaków zastępujących słowa, a nawet zdania. Tego typu komunikaty uzupełniają i ilustrują kontakt werbalny. Z ich pomocą można akcentować lub ukrywać uczucia i myśli nadawcy.

Porównanie obu form komunikowania się unaocznia kilka podstawowych różnic. Odmienności te ilustruje tabela 1.

Z tabeli 1 wynika, że pełna komunikacja służąca jak najlepszemu zrozumieniu obu stron powinna odbywać się w warunkach umożliwiających odbiór sygnałów z obu omawianych źródeł.

Szeroki zakres wiadomości na temat komunikowania zaowocował powstaniem wielu modeli komunikowania społecznego. Modele te w sposób uproszczony porządkują wiedzę o porozumiewaniu się i próbują ująć ją w ramy schematu. Generalnie modele komunikowania możemy podzielić ze względu na zakres pojęcia, jaki obejmują. Podział według G. Fauconniera [6]:

**TABELA 1.** Porównanie komunikacji werbalnej i niewerbalnej

| Lp. | Komunikowanie werbalne | Komunikowanie niewerbalne |
|---|---|---|
| 1 | Precyzyjność komunikatu zmniejsza jego dwuznaczność | Większa dwuznaczność z uwagi na świadome i nieświadome wysyłanie komunikatu |
| 2 | Krótkie, ograniczone długością wypowiedzi | Ciągłe, trwa przez cały czas interakcji |
| 3 | Ograniczone do wzroku i słuchu | Angażuje wszystkie zmysły, odbywa się wielokanałowo |
| 4 | Jest procesem ustrukturalizowanym | Słaba struktura bądź jej brak |
| 5 | Jest systemem znaków | Ma charakter pozalingwistyczny |
| 6 | Niepowiązana treść i forma przekazu | Powiązana treść i forma przekazu |
| 7 | Możliwe ukrycie stanów emocjonalnych | Szczery wgląd w przeżywane emocje |
| 8 | Efekt procesu uczenia sie mowy | Spontaniczne |
| 9 | Trudności w porozumiewaniu się w językach obcych | Uniwersalny charakter, niezależnie od kultury, narodowości |

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Dobek-Ostrowska, Podstawy ... s. 31 [6].

- modele strukturalne – ukazują jedynie elementy procesu;
- modele dynamiczne – obrazują przebieg procesu;
- modele funkcjonalne – poszukują zależności pomiędzy elementami procesu;
- modele operacjonalne – przewidują przebieg procesu.

Niniejsze opracowanie dotyczy komunikacji interpersonalnej, dlatego też omówione zostaną tylko wybrane modele dotyczące tego zagadnienia.

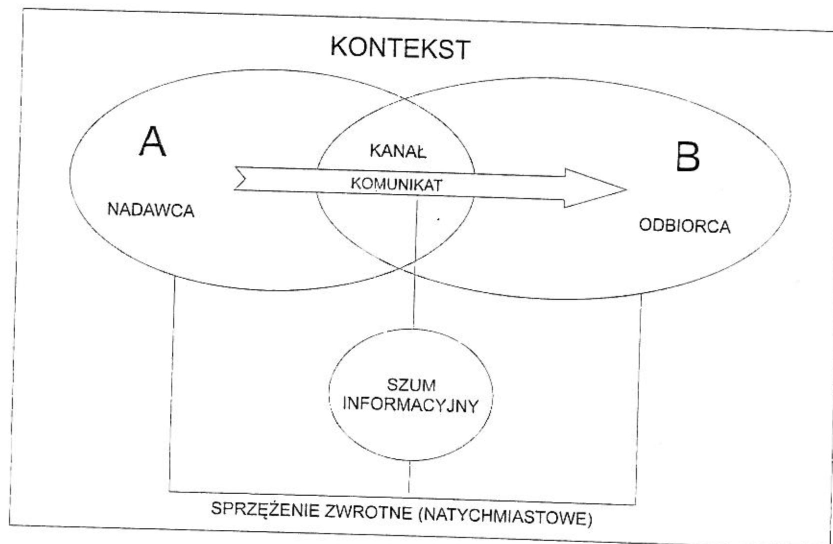
Jednym z najbardziej rozpowszechnionych modeli jest zaproponowany przez H. Lasswella model aktu perswazyjnego. Ma on formę pięciu podstawowych pytań:

- kto mówi?
- co mówi?
- za pośrednictwem jakiego kanału mówi?
- do kogo mówi?
- z jakim skutkiem mówi?

Model ten ukazuje schemat na rycinie 4.

Przedstawiony na rycinie 4 model ma charakter jednokierunkowy, gdyż przekaz odbywa się tylko od nadawcy do odbiorcy. Celem nadawcy komunikatu jest wywołanie określonego skutku u odbiorcy, mianowicie kształtowanie lub zmiana jego postawy.

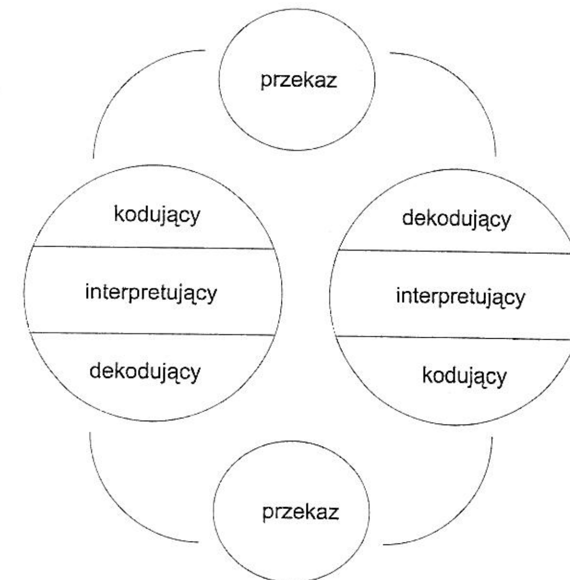
Jak wiadomo z wcześniejszych rozważań, komunikacja interpersonalna prowadzona pomiędzy dążącymi do porozumienia stronami, jest procesem dwukierunkowym. Założenie to przyjął w swej koncepcji Schramm [6]. Dla niego




**RYC. 4.** Model aktu perswazyjnego Lasswella [6].








**RYC. 5.** Model komunikacji interpersonalnej według Schramma [6].

komunikowanie to „dzielenie się jednostki jej doświadczeniami i uczestniczenie w pewnej wspólnocie z inną bądź innymi jednostkami".

Graficznie model Schramma przedstawia rycina 5.

Model ten zakłada (ryc. 5), że każda istota ludzka jest źródłem komunikatu i adresatem jednocześnie. Jest zdolna wysyłać i odbierać przekaz, kodować, dekodować i interpretować odebrane informacje. Powyższy model zakłada, że akt komunikacji jest zamkniętym procesem. Zaczyna się w momencie powstania intencji nadawcy. Koduje on w postaci języka to, co chciałby przekazać rozmówcy – formułuje przekaz. Odbiorca dokonuje dekodowania, czyli przełożenia symboli języka na konkretne myśli. Potem następuje proces interpretacji odebranych informacji, zakodowanie ich w postać języka i przekazanie byłemu nadawcy (informacja zwrotna), który teraz stał się odbiorcą komunikatu. Teraz on dekoduje i interpretuje nowe informacje.

Konstrukcja modelu komunikacji w szczególnych przypadkach – z osobami mającymi problemy psychiczne – również będzie zawierała się w tym schemacie, lecz nie ograniczy się tylko do języka. Obejmie ona wszystkie sposoby wymiany informacji, ponieważ przy różnych ograniczeniach tej grupy ludzi, mowa nie zawsze jest głównym źródłem informacji.

## 1.3.1. Komunikowanie niewerbalne

Pozbawione słowa mówionego komunikowanie odgrywa ważną rolę w naszych codziennych kontaktach z innymi. Ta niewerbalna komunikacja

inaczej określana jako „ukryta, zachowanie symboliczne, czy też język ciała, może towarzyszyć komunikacji werbalnej. W szerszym znaczeniu to wszelkie zamierzone i niezamierzone przekazy informacji, ale bez używania słowa mówionego, np. nasze otoczenie, wystrój pomieszczeń, w których żyjemy i pracujemy" [10]. Jak twierdzi A. Kępiński [12], człowiek w każdym geście, wyrazie twarzy, sposobie mówienia, pisania, w pracy, w ubiorze, stylu mieszkania, zabawy, w sposobie chodzenia, w ogólnej postawie itd. odbija „pieczątkę" swojej osobowości, swoje *made by me*. W ten sposób nasz wygląd, sposób poruszania się oraz mimika twarzy, ton wypowiedzi lub śmiech sygnalizują rozmówcy, jacy jesteśmy. Utrzymanie kontaktu wzrokowego i wytworzenie wokół siebie aury (*implinting*) wpływają na jakość komunikacji. Warto omówić znaczenie kontaktu wzrokowego, ponieważ jest on najbardziej obiektywnym i pewnym wyrazem nastawienia do drugiego człowieka. W przypadku braku chęci do rozmowy po prostu unikamy wzroku podmiotu relacji. „Po twarzy najłatwiej odcyfrować drugiego człowieka, a zwłaszcza po wyrazie oczu, na które w żaden sposób nie można nałożyć maski" [12]. Przy pierwszym kontakcie z drugim człowiekiem twarz jest najistotniejszym wyrazem naszej postawy i oczekiwań względem rozmówcy.

Zauważa się, że większość naszych komunikatów nawet w rozmowie jest sygnalizowana pozawerbalnie. Ta forma komunikowania pozbawiona jest mowy (z wyjątkiem paralingwistycznej) i oczywiste jest wykluczenie kanału słuchowego. Rozwój takiego sposobu komunikacji jest wypadkową trzech czynników, którym podlega jednostka w procesie rozwoju i wychowania. Zaliczamy do nich kulturę, naśladownictwo i kulturę organizacji [23]. W spuściźnie kulturowej została zaznaczona omawiana komunikacja, w zależności od przynależności rasowej, etnicznej, a także poziomu edukacji i statusu ekonomicznego oraz przynależności do subkultur. Naśladownictwo w początkowych fazach prowadzone jest nieświadomie, potem naśladujący zauważają ważność tego procesu. Pozwala on bowiem na zdobycie podstawowych sposobów komunikowania się akceptowanych społecznie.

Komunikacja niewerbalna została podzielona na trzy typy: znaki, ruchy i rzeczy dopełniające komunikację niewerbalną [23]. Poprzez znaki rozumie się pojedyncze elementy, aż do kompletu systemu znaków językowych służących do komunikacji z ludźmi niedosłyszącymi. Gesty obejmują ruchy ciał, które nie są specyficznymi sygnałami (taniec). „Rzeczy dopełniające komunikację niewerbalną łączą wszystkie intencjonalne i nieintencjonalne pokazy rzeczy materialnych (meble, ubranie, słowa napisane)" [23]. Do odbioru tego języka używane są zmysły wzroku, słuchu i dotyku. Wszystkie zmysły z wyłączeniem węchu i smaku są zawarte w percepcji rzeczy komunikacji niewerbalnej.

Inny podział omawianego zagadnienia uwzględnia następujące aspekty: wyrażenia głosowe, sposób wykorzystania przestrzeni, dotyk, gesty i ekspresję [8]. Poprzez paralingwistyczne sygnały przekazujemy informacje o naszych uczuciach. Rozumie się przez nie głośność wypowiedzi, ton głosu, wypowiadanie treści w sposób szybki lub wolny, a także płynność i modulację. Można zatem





poznać, czy nasz rozmówca jest zdenerwowany, smutny, czy w ogóle nie ma ochoty podtrzymywać konwersacji.

Bardzo wiele możemy również zakomunikować dotykiem. Im bardziej jest on spontaniczny, tym prawdziwsze daje o nas świadectwo. Pozwala na zakomunikowanie o dodaniu otuchy, pomocy i bliskości drugiego człowieka. Pozwala również na identyfikację osoby opiekującej się podopiecznymi. Należy mieć jednak na względzie to, że taka forma komunikowania nie wszystkim odpowiada i może wręcz wywołać agresję z powodu poczucia zagrożenia, jakie wiąże się z naruszeniem strefy intymności. Szczególnego znaczenia nabiera w komunikowaniu dotyk, ponieważ może wywołać zaskoczenie, napięcie psychiczne lub niepokój, dlatego też istnieje konieczność wcześniejszego poinformowania czy uprzedzenia chorego o zamiarze dotyku (oczywiście w celach opiekuńczych). Na taką formę komunikowania się z podopiecznym można sobie pozwolić wyłącznie, gdy stopień zaufania między podmiotami relacji jest wysoki.

Swoją postawą sygnalizujemy swój stosunek do przedmiotu lub podmiotu. W trakcie rozmowy, przyjmując pozycję na jednym poziomie i pozbywając się natarczywości oraz utrzymując kontakt wzrokowy, przekazujemy podmiotowi dyskusji, że traktujemy go jak równego sobie. Niezwykle pomocne staje się poparcie ekspresją naszych słów w formie adekwatnych gestów i znaków. Należy pamiętać, że ekspresja nie powinna jednak dominować w rozmowie, aby rozmówca nie koncentrował się na przykład na wymachiwaniu przez nas rękami w obawie przed uderzeniem. Taka żywa gestykulacja powoduje zupełną dekoncentrację rozmówcy.

Komunikacja pozawerbalna pełni bardzo wiele funkcji; pozwala na przekazanie naszych emocji, nastroju, zastępowanie mowy, poparcie wokalizacji, uzyskiwanie informacji zwrotnych na podstawie miny rozmówcy [8]. Warto szczególnie zwrócić uwagę na aspekt wspomagający i uzupełniający komunikat słowny. Jeżeli jest on w tym samym tonie, co przekaz niewerbalny, nadawca ma świadomość, że z jego strony nie ma zakłóceń lub zafałszowania w procesie komunikacji (oczywiście można pozawerbalnie zaprzeczyć wypowiedziom) [21]. Kanały pozawerbalne pozwalają również w sposób świadomy lub nieświadomy manipulować wrażeniem, jakie wywoływane jest na drugiej osobie [24].

### 1.3.2. Komunikowanie werbalne

Komunikacja werbalna z fizjologicznego punktu widzenia wymaga aktywności zarówno układu nerwowego, jak i słuchu, oddechu i mięśni twarzy. Werbalizacja pozwala ludziom na wyrażanie myśli i dzielenie się wypowiedziami. Oczywiście zrozumienie uwarunkowane jest znajomością języka danej grupy i ujednolicenia znaczeń symbolicznych w danym zagadnieniu [21]. Zrozumienie to daje szansę na osiągnięcie partnerstwa w rozmowach i osiągnięcie założonych celów. Oczywiście właściwe porozumiewanie się wymaga ciągłego dokształcania się (analiza psychologii rozwojowej), ćwiczeń, a to można uzyskać tylko w trwaniu w relacjach międzyludzkich; dobrze, gdy są one wzorem komunikowania się z otoczeniem. W codziennym życiu nie zastanawiamy się

nad tą umiejętnością, a warto, ponieważ podkreśla ona nasz rozwój i stanowi „najwyższą formę ruchu, jest skomplikowaną formą aktywności zewnętrznej, tym samym jest zwrócona na świat otaczający, a nie na świat wewnętrzny, własnych doznań psychicznych" [13].

## 1.3.3. Metakomunikacja

Niezależnie od tego, jakim rodzajem komunikowania przekazujemy informacje, to zawsze istnieje możliwość określenia metakomunikacji. Dotyczy ona udzielenia niezbędnych informacji o procesie komunikacji. Metakomunikacja dotyczy „przekazu strony opisującej relację między osobami i uporządkowania wypowiadanych treści" [5]. Można ją określić jako „zdolność do komentowania informacji, nadawania jej i jej efektu" [17]. Poprzez ten rodzaj komunikacji dokonywana jest analiza dosłownej treści, jak również charakteru relacji między podmiotami rozmowy z uwzględnieniem stopnia zaangażowania obu stron.

Widoczne jest stanowisko nadawcy zarówno wobec siebie, jak i słuchacza oraz przekazywanych treści. Oprócz dosłownych treści, w przekazywanych wypowiedziach, niejednokrotnie zawarta jest instrukcja, jak należy rozumieć daną treść. Metakomunikacja werbalna może stanowić proste oświadczenie, jak odbierać wiadomość. Natomiast pozawerbalna daje się wywnioskować z zachowania i miny rozmówcy.

Na podstawie wyżej opisanych składników procesu komunikacji można wskazać czynniki, które ułatwiają i utrudniają proces komunikacji. Aby skutecznie się komunikować, strony muszą być do tego pozytywnie nastawione. Powinny się do tego przygotować, być otwarte na drugą osobę, nie oceniać i nie krytykować z góry słów partnera komunikacji, gdyż może to doprowadzić do błędnej interpretacji jego myśli. Przeciwnie, rozmówcy powinni akceptować się i szanować swoje prawo do odmienności. Na pewno pomocna w efektywnym komunikowaniu się będzie umiejętność okazywania zainteresowania tematem rozmowy i dbałość o odpowiednią atmosferę dialogu. Bardzo ważna jest komunikacja niewerbalna, a więc zwrócenie uwagi na wystarczający kontakt wzrokowy, pozycję ciała czy modulację głosu.

Ponadto trzeba pamiętać o jeszcze innych, ważnych dla dobrej komunikacji czynnikach, przede wszystkim uważnym słuchaniu, gdyż w przeciwnym razie tracimy możliwość zrozumienia i poznania potrzeb, empatycznym rozumieniu, które jest niezbędne do spostrzegania uczuć drugiej osoby i współodczuwania jej aktualnego stanu emocjonalnego.

Utrudnieniami w efektywnym procesie komunikacji będą wszystkie czynniki, które kłócą się z opisanymi wyżej elementami. W pracy nad komunikacją z ludźmi psychicznie chorymi należy mieć na uwadze, że prezentowane przez nich niejednokrotnie zachowania utrudniające kontakt nie wynikają z ich niechęci do porozumiewania się, lecz mają przyczynę w dotykających ich schorzeniach.





## PIŚMIENNICTWO


1. Aronson E., Wilson T.D.: Psychologia społeczna serce i umysł. Wyd. Zysk, Poznań 1997.
2. Bachtin M.: Estetyka twórczości słownej. PIW, Warszawa 1986, 18.
3. Balawajder K.: Komunikacja, konflikty, negocjacje w organizacji. Wyd. Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1998.
4. Bieńkiewicz W., Zabrocka M.: Komunikacja jako proces – złote standardy, praktyczne trudności. Materiały z Konferencji „Jakość w Opiece Zdrowotnej", Kraków 2001.
5. Budzyna-Dawidowski P.: Komunikacja w rodzinie. [w:] de Barbaro J.B. (red.): Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny. Wyd. CM UJ, Kraków 1997, 59-60.
6. Dobek-Ostrowska B.: Podstawy komunikowania społecznego. Wyd. Astrum, Wrocław 1999, 12-15, 31, 76-81.
7. Ellis R.B., Gates R.J., Kenworthy N.: Interpersonal Communication in Nursing. Churchill Livingstone, USA 1995, 7.
8. Foster D.: Komunikacja w promocji zdrowia. [w:] Pike S., Foster D.: Promocja zdrowia dla wszystkich. Wydawnictwo Czelej, Lublin 1998, 112.
9. Głodowski W.: Komunikowanie interpersonalne. Wyd. Hansa Communication, Warszawa 2001, 5-6, 45.
10. Górajek-Jóźwik J., Widomska-Czekajska T. (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996, 225.
11. Grzesiuk L., Trzebińska E.: Jak ludzie porozumiewają się. Nasza Księgarnia, Warszawa 1978, 15-16.
12. Kępiński A.: Autoportret człowieka (myśli i aforyzmy). Oprac. Z. Ryn, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1993, 184, 205.
13. Kępiński A.: Melancholia. PZWL, Warszawa 1985, 24.
14. Kurcz I.: Psychologia języka i komunikacji. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2000, 136.
15. McQuail D.: Mass Communication Theory. University of Southampton, London 1987, 6-7.
16. Mellibruda J.: Ja-Ty-My. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich. Nasza Księgarnia, Warszawa 1980, 186-188, 245-246.
17. Mindell A.: Cienie miasta. Wydawnictwo EJB, Kraków 2000, 45.
18. Miosga L.: Pomóż mi być. Wyd. Impuls, Kraków 2005, 12-13.
19. Ruesch J.: Semiotic approach to human relations. Monton The Hagne 1972, 35-36.
20. Satir V.: Selbslwert und Komunikation. [w:] Waller W.: Przygoda z komunikacją. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001, 142-143
21. Schoen Johnson B.: Psychiatric-Mental Health Nursing. Third Edition J.B. Lippincott Company, USA 1993, 63-65.
22. Sęk H. (red.): Społeczna Psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 2000, 131-132.
23. Sudden S.J., Stuart G.W., Rankin E.A., Cohen S.A.: Nurse-client interaction. Implementing the Nursing Process. Fourth Edition, St. Louis The C.V. Mosby Company 1989.
24. Winefield H.R., Peay M.Y.: Nauka o zachowaniu w medycynie. PZWL, Warszawa 1986, 177.
25. Zimbardo P.G., Ruch F.L.: Psychologia i życie. PWN, Warszawa 1988, 139-140.

# KOMUNIKOWANIE TERAPEUTYCZNE

Kontakt z człowiekiem chorym stanowi specyficzną relację interpersonalną, której charakter z jednej strony określony jest przez chorobę i osobistą sytuację życiową pacjenta, a z drugiej przez postawę i podejście osoby udzielającej pomocy. Dlatego też jest oczywiste, że komunikacja terapeutyczna musi uwzględniać kontekst sytuacji, w której się odbywa. Kontekst ten mieści w sobie cechy choroby i jej subiektywny obraz wytworzony w świadomości pacjenta, trudności, jakie choroba stwarza dla zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, jego osobowość, stosowane mechanizmy obronne i reakcje adaptacyjne, style radzenia sobie ze stresem oraz sytuację społeczną, rodzinną i zawodową. Co więcej, zawiera on także, o czym często nie pamiętamy, cechy osoby udzielającej pomocy, w tym jej wiedzę o problemach pacjenta, postawę, jaką wobec niego przyjmuje, a także posiadane kompetencje i umiejętności interpersonalne. Poznanie pacjenta i jego psychologicznej sytuacji, włączając w to jego przeżycia, potrzeby, wyobrażenia i oczekiwania, stanowi podstawę do nawiązania z nim terapeutycznej komunikacji. Komunikacja ta łączy się najczęściej ze wsparciem psychicznym, które w werbalnej i pozawerbalnej formie jest okazywane pacjentowi. Będzie ono tym bardziej skuteczne, im lepiej dostosuje się je do konkretnej sytuacji chorego oraz indywidualnego charakteru jego problemów [13, 14].

## 2.1. Definicje komunikowania terapeutycznego

Komunikowanie terapeutyczne stanowi specyficzną formę komunikacji. Pomoc kierowana jest do ludzi, którzy nie potrafią samodzielnie dokonać porządku we własnych emocjach, myślach i postrzegać prawidłowo otaczającej rzeczywistości [8].

Celem komunikowania jest także ułatwienie choremu wyrażania emocji względem otaczających go ludzi. Dlatego też komunikację terapeutyczną o charakterze leczniczym, stanowiącą podstawę pomagania chorym psychicznie, rozważa się w „aspekcie pomocnego i doradczego związku z pacjentem" [5]. W procesie terapeutycznego komunikowania osoba pomagająca poważnie trak-

tuje osobę pacjenta. Konsekwencją tego jest dawanie bezpiecznego i spokojnego środowiska, w którym chory może nabywać umiejętności adaptacyjne.

Założenia komunikacji terapeutycznej dotyczą rozwoju nawiązanej relacji terapeutycznej, identyfikacji obecnego problemu, jak również udziału pacjenta i jego rodziny w procesie opieki. Powyższe działania pozwolą na wdrożenie czynności mających na celu pomoc choremu. Cel komunikowania terapeutycznego ustanawiany jest indywidualnie w zależności od potrzeby; dla jednych może to być obniżenie lęku, dla innych wzrost poczucia własnej wartości lub nauka radzenia sobie w określonych sytuacjach. W tych działaniach osoba pomagająca winna dawać choremu pozytywne informacje i uświadamiać mu jego mocne strony i możliwości. Konieczne jest tutaj wsparcie ze strony osoby pomagającej i wzmacnianie przez nią aspektów osobowości pacjenta mających wpływ na objęcie większej odpowiedzialności za siebie [17]. Ważna jest ponadto ocena rozwoju pacjenta po zakończonym procesie terapeutycznym.

Proces leczniczego komunikowania opiera się na pomaganiu choremu w ulepszeniu kontaktów z innymi ludźmi, jak również na adaptacji podopiecznego do sytuacji życiowej, gdy jej zmiana jest niemożliwa. Jest to forma kontaktu z pacjentem, która zachęca go do wyrażania uczuć, myśli. Pozwala na korektę nielogicznych i nieprawidłowych spostrzeżeń chorego. Stanowi niewątpliwie bazę do samorealizacji i wzrostu świadomości w zakresie swoich oczekiwań, definiowaniu problemów [8].

Przystępując do rozmowy, osoba pomagająca musi mieć na uwadze, że rozmowa z podopiecznym i jej skuteczność uzależnione są od umiejętności jej prowadzenia przez personel i gotowości czy możliwości przyjęcia tej pomocy przez pacjenta w zależności od jego emocjonalnego i intelektualnego stanu. Skuteczność i efektywność komunikowania terapeutycznego zależą niewątpliwie od poprawnego postawienia diagnozy, założenia celów, a także uwzględnienia warunków otoczenia.

Ze strony osoby pomagającej na pierwszy plan w trakcie komunikowania wysuwają się takie cechy, jak prawdomówność, szczerość. Nie bez znaczenia jest wyciszenie własnych emocji i skupienie uwagi na problemach chorego. Ważne są również postawa empatii i zachęcenie do kontaktu. Wymienione wyżej cechy osobowościowe są bardzo cenne. Jednak bez kompetencji zawodowych i poczucia, że potrafi się je wykorzystać, rozmowa osoby pomagającej nie będzie mieć walorów terapeutycznych, a jedynie formę powierzchownego porozumienia.

W komunikowaniu terapeutycznym prowadzonym przez zespół równie ważna jest konstruktywna komunikacja osoby pomagającej z chorym psychicznie, rozumiana jako „sposób porozumiewania się z chorym psychicznie niepogłębiający i nieutrwalający zaburzonych sposobów postrzegania, myślenia, odczuwania i działania. Polega na szanowaniu godności pacjenta i jego prawa do odmiennego zachowania, wynikającego z choroby" [6].

Komunikowanie terapeutyczne w swojej specyfice musi uwzględnić aspekt ewaluacji. Dokonywanie ocen na poszczególnych etapach komunikowania pozwala na usunięcie błędów i nieprawidłowości. Osiągnięte cele komunikowania





terapeutycznego widoczne są w postawie podopiecznego, który nie odczuwa samotności i pozytywnie ocenia swoją osobę. Pamiętając, że choroba psychiczna w jakiś sposób powoduje dysonans między chorym a otoczeniem, dąży się do zmniejszenia tego dystansu. W rozmowie psychiatrycznej zmierza się do pełnego zrozumienia uczuć podopiecznego i ustalenia ich znaczenia.

## 2.2. Czynniki warunkujące komunikowanie terapeutyczne

Podstawą komunikowania interpersonalnego jest komunikowanie z samym sobą. Polega ono przede wszystkim na uświadamianiu sobie swoich stanów i przeżyć psychicznych, fizycznych, duchowych, a także intelektualnych i emocjonalnych doświadczeń, prowadząc do świadomego komunikowania się ze sobą oraz innymi. Komunikowanie z samym sobą to m.in. prowadzenie dialogu wewnętrznego, refleksja nad swoim życiem czy sensem istnienia lub śmierci, to wszystkie działania stanowiące o jakości naszego życia zarówno w świecie realnym, jak i w naszym świecie wewnętrznym. Poprawne komunikowanie z samym sobą stanowi podstawę poprawnej komunikacji z innymi [2]. Wyznacznikami poprawnego komunikowania się z samym sobą są:

- samoakceptacja;
- samoświadomość;
- odpowiedzialność;
- celowość;
- asertywność;
- prawość, uczciwość, integralność;
- akceptacja;
- otwartość;
- empatia;
- autentyczność.

**Samoakceptacja** – to zadowolenie z siebie, swego ciała, sposobu życia, a także związków z innymi ludźmi. To szacunek dla samego siebie oraz poczucie własnej wartości i unikatowości, to postrzeganie siebie jako osoby zdolnej, lubianej, potrzebnej i zaufanej. Akceptowanie siebie buduje pozytywnie nastawioną wobec życia postawę, która pozwala akceptować innych, być wobec nich tolerancyjnym, przyznając im takie same prawa jak sobie. Wysoka akceptacja siebie zazwyczaj idzie w parze z dużą zdolnością przystosowywania się w otoczeniu i przybierania następujących postaw:

- wiary w określone wartości i zasady, nie zakładając z góry ich stałości i niezmienności;
- postępowania według własnego uznania, bez zwracania uwagi na to, co powiedzą inni;

- otwartość na różne pomysły, impulsy i pragnienia, brak wstydu w okazywaniu uczuć;
- poczucie własnej wartości i nieuleganie próbom zdominowania;
- przyjmowanie za naturalne tego, że jest się wartościową osobą i umiejętność przyjęcia pochwał i komplementów bez fałszywej skromności;
- wiara w to, że błędy pokazują, jak nie należy postępować, by osiągnąć określony cel.

**Samoświadomość** – pozwala człowiekowi określić, czego w danej chwili pragnie, co czuje, w co wierzy, jaki jest jego system wartości, a także postępować zgodnie z nim.

**Odpowiedzialność** – każdy człowiek sam układa sobie swoje życie, to on w głównej mierze decyduje, czy będzie szczęśliwy, czy też nie, czy jego wewnętrzny świat będzie mu przyjazny czy też wrogi. W swoim życiu każdy z nas dokonuje wielu wyborów, ale za skutki tych wyborów powinien być również odpowiedzialny.

**Celowość** – polega na ustalaniu celów, do których powinniśmy dążyć i osiągać je poprzez swoje zachowanie. Cele te powinny być realistyczne oraz bezpieczne i każdy człowiek powinien je mieć dokładnie określone.

**Asertywność** – to inaczej konkretne i zdecydowane zachowanie, które pozwala nam przekazywać nasze potrzeby, pragnienia, wartości i uczucia innym ludziom, bez naruszania ich praw. A każdy człowiek ma prawo np. mieć i wyrażać swoje zdanie, podejmować decyzje i ponosić ich skutki, nie wiedzieć, nie znać, nie rozumieć, popełniać błędy, odnosić sukcesy, zmieniać zdanie, ma prawo do swojej prywatności, samotności i niezależności, jak również ma prawo się zmieniać i korzystać ze swoich praw. Człowiek asertywny powinien sam wiedzieć, czego chce, umieć otwarcie wyrazić swoje zdanie i bronić go, ale również nie bać się przyjąć krytyki ze strony innych.

**Prawość, uczciwość i integralność** – oznaczają życie w zgodzie ze swoim systemem wartości i widzeniem świata oraz nienaruszanie integralności drugiego człowieka, który ma prawo do pomyłek i błędów. Komunikacja z pacjentem powinna być oparta nie tylko na samoakceptacji osoby pomagającej, która umożliwia jej akceptację drugiego człowieka, ale również na otwartości, empatii i autentyczności budującej zaufanie pacjenta do osoby pomagającej.

**Akceptacja** – to przede wszystkim pozytywny stosunek do drugiego człowieka, przyjęcie go takim, jaki jest, bez osądzania go i szukania w nim winy. Traktowanie go z życzliwością, serdecznością i szacunkiem dla jego indywidualności i odrębności. To także zdolność dostrzegania w nim czegoś dobrego lub jakiejś mocnej strony i umacniania jego możliwości. Osoba akceptująca nie ocenia drugiego człowieka i nie daje rad, ale stara się ze zrozumieniem go wysłuchać, okazując mu ciepło i empatię oraz to, że jest akceptowany.

**Otwartość** – ułatwia poznanie i rozwój siebie, ale także drugiego człowieka. Jest niezbędna w celu zbliżenia się do pacjenta i zbudowania z nim związku emocjonalnego, który pozwoli wyrazić jego pragnienia, potrzeby, wątpliwości, obawy i lęki. Bez ujawnienia tych potrzeb i stanu emocjonalnego pacjenta osoba pomagająca nie jest w stanie właściwie się nim opiekować. Jeśli człowiek staje się dostępny dla innych, oni odpowiadają również otwartością [12].





**Empatia** – pozwala wczuć się w emocjonalną sytuację drugiego człowieka i spojrzeć na nią z jego perspektywy i wyobrazić sobie, co on w tej sytuacji czuje, myśli oraz zakomunikować mu, by odczuł, że jest zrozumiany. Umiejętność ta stanowi podstawę dla zrozumienia zarówno uczuć, jak i aktualnej sytuacji życiowej drugiego człowieka oraz w pewnym stopniu umożliwia przewidzenie i zrozumienie jego zachowań. Zrozumienie to jest niezbędne do efektywnej komunikacji osoby pomagającej z pacjentem. Aby jednak ta komunikacja była pełna, potrzebne jest zakomunikowanie pacjentowi, jakie jego odczucia i doznania osoba pomagająca dostrzega i jak je rozumie. Chory, słysząc jak druga osoba nazywa jego uczucia i emocje, może sobie uświadomić, jak faktycznie przeżywa daną sytuację. Poprawnej komunikacji empatycznej sprzyjają także zewnętrzne warunki, takie jak cisza, łagodne oświetlenie pomieszczenia, brak osób trzecich, utrzymywanie dystansu z pacjentem. Wpływają one korzystnie na aktywną i długotrwałą koncentrację na nim przez osobę pomagającą, ale też pomagają choremu w uzewnętrznieniu swoich problemów [18].

**Autentyczność** – to inaczej gotowość bycia sobą w różnych sytuacjach lub inaczej mówiąc, zachowywanie się w sposób zgodny z doświadczanymi uczuciami, bez sztuczności i udawania oraz bez sztywnego trzymania się przyjętej maski lub roli. Do autentyczności odnoszą się również takie określenia, jak spontaniczność, wewnętrzna uczciwość, szczerość – to wszystko, co sprawia, że druga osoba nabiera zaufania i czuje się bezpiecznie. Przeciwieństwami autentyczności są fałsz, obłuda, poza i udawanie.

W literaturze przedstawione są reguły dobrego komunikowania się jako praktyczne wskazówki zwiększające świadomość własnego i cudzego wkładu w jakość interakcji między ludźmi. Nie są to recepty na idealne komunikowanie się, ale zasady, które mogą sprzyjać wzajemnemu zrozumieniu się i poprawnej komunikacji [2]. Należą do nich:

- wrażliwość na stan odbiorcy – zwracanie uwagi na niewerbalną komunikację odbiorcy i na to, co chce nam przekazać;
- zmniejszenie skrępowania – czyli stworzenie takiej atmosfery rozmowy, by każda ze stron mogła mówić i zadawać pytania bez obawy o negatywną ocenę;
- sens jest ważniejszy niż forma – należy zrozumieć sens wypowiedzi w całości, a nie w poszczególnych słowach czy fragmentach zdania;
- budowa sprzężenia zwrotnego – polega na zadawaniu wielu pytań, by sprawdzić stopień zrozumienia swych wypowiedzi;
- jasne stawianie problemu – nie należy w kłopotliwej dla siebie sytuacji zmieniać w sposób ukryty tematu;
- względność racji – dotyczy gotowości i otwartości na rozpatrzenie odmiennego od naszego zdania;
- łagodne zaprzeczanie – należy to robić w najłagodniejszy sposób, by nie urazić drugiej osoby;

- szacunek dla partnera – należy unikać wytykania ujemnych stron lub słabości partnera, a jeżeli jest to konieczne, należy to robić w sposób taktowny i tylko określając wyłącznie postawę lub konkretne zachowanie;
- utrzymywanie rzeczowości – należy starać się być konkretnym w swoich wypowiedziach;
- ważność rozmówcy – przyjmując, że każdy człowiek jest ważny, zwiększamy motywację do rozwijania zdolności komunikacyjnych;
- dodawanie odwagi – należy starać się wyrażać podziw czy aprobatę, by rozmówca poczuł się doceniony, ważniejszy i uwierzył we własne siły;
- budowanie bezpieczeństwa – gdy człowiek czuje się bezpiecznie, jest w stanie w pełni wykorzystać swoje możliwości poznawcze i zmienić np. pod wpływem rad swoje przekonania.

Znajomość zasad komunikowania się jest przydatna w nawiązywaniu kontaktów interpersonalnych, właściwego i zindywidualizowanego podejścia do rozmówcy. W celu uzyskania dobrej komunikacji należy przede wszystkim nauczyć się słuchać ludzi, dyskutować z nimi, negocjować, a przy tym mówić spokojnie, ciepłym i niskim głosem, zwracając baczną uwagę na zachowania pozawerbalne swego rozmówcy.

Zdaniem D. Faulesa i D. Alexandra [15], niestosowanie się do ogólnie przyjętych zasad w komunikowaniu prowadzi do powstawania błędów, które w znacznym stopniu utrudniają skuteczne porozumienie się stron. Błędy te mogą wynikać ze znaczeń komunikatów i ich interpretacji przez partnerów. Do takich błędów zaliczamy:

- trudności z uzgodnieniem oceny informacji zawartej w komunikacie, stwierdzenie rozbieżności lub stosowanie odmiennych skal do oceny danego problemu;
- trudności wynikające z informacji, w których ujawniają się rozbieżne intencje, motywacje i cele działania, jakie przedstawia nam rozmówca;
- trudności metakomunikacyjne, czyli rozbieżności w interpretacji charakteru wypowiedzi lub w stosowanym kodzie komunikacyjnym;
- brak spójności między wypowiedziami rozmówców, czyli wypowiedzi zupełnie niezwiązane ze sobą, niekontynuujące wcześniej podjętego wątku;
- wypowiedzi poniżające, uwłaczające, czyli wszelkie przekazy zawierające negatywne oceny rozmówców lub obiektów, z którymi się identyfikuje;
- wpływ kontekstu emocjonalnego, który w chwili prowadzenia rozmowy już nie istnieje, ale dalej oddziałuje na nadawane wypowiedziom znaczenie;
- brak odpowiedzi w przypadku wystąpienia pytania;
- niewłaściwy sposób włączenia się do rozmowy, polegający na odebraniu głosu rozmówcy, gdy ten jeszcze nie zamierzał kończyć swej wypowiedzi lub gdy dwie osoby równocześnie zaczynają mówić, a żadna nie chce słuchać;
- zakłócenia wynikające z niewerbalnych przekazów negatywnych, tj. odwrócenie się plecami do osoby mówiącej, ziewanie, rozglądanie się wokoło czy też całkowity brak jakiejkolwiek reakcji ze strony słuchacza, tzw. mówienie do ściany;
- nieporozumienia słowne spowodowane przez niedosłyszenie bądź niezrozumienie i nieskorygowanie przez słuchacza;
- stosowanie wieloznacznych aktów komunikacyjnych i częste używanie zaimków, które bez dodatkowych wskaźników w ogóle nie wiadomo, co znaczą;
- niespójność znaczeń sygnałów werbalnych, wokalnych i niewerbalnych;
- trudności wynikające z zakłóceń językowych, tj. pominięcie lub opuszczenie części wyrazu, powtórzenia słowa lub kilku słów, pomyłki językowe, tzw. przejęzyczenia, zdanie przerwane, gdy mówca kontynuuje wypowiedź, nie kończąc zdania przerwanego, a także dłuższe przerwy w emisji dźwięku czy fizjologiczne załamania głosu;
- zakłócenia środowiskowe – np. obecność osób trzecich, które nie uczestniczą w konwersacji, szum, hałas czy niekontrolowane dźwięki docierające zza ściany, nieodpowiednia temperatura, przykry zapach czy niedostosowana wielkość pomieszczenia, w którym odbywa się rozmowa.

Błędy jatrogenne to różnego rodzaju sposoby zachowań pracowników służby zdrowia, które wpływają szkodliwie na stan zdrowia człowieka. Odnosząc tę definicję do komunikacji, można wyróżnić dwa podstawowe rodzaje błędów jatrogennych [2]:

- błędy wynikające z braku lub fragmentaryczności informacji;
- błędy wynikające z udzielania informacji wywołujących negatywne skutki lub emocje.

Do najczęściej pojawiających się błędów należą:

- podawanie treści informacji w sposób niezrozumiały dla pacjenta, co w efekcie może wywołać u niego silny lęk o stan własnego zdrowia;
- niewłaściwa postawa i sposób zachowania podczas przekazywania pacjentowi dramatycznej wiadomości, której skutki w negatywny sposób odbiją się na jego stanie psychicznym;
- nakładanie na chorego, „na wszelki wypadek", niepotrzebnych ograniczeń, które on interpretuje jako sygnał, że jest z nim niedobrze;
- nieudzielenie informacji lub zbywanie pacjenta ogólnikami prowokuje do szukania pozamedycznych źródeł wiedzy i kształtowania nieprawidłowego obrazu choroby;
- wysyłanie pacjenta na zbędne badania dodatkowe prowadzi do nasilenia jego obaw o swój stan zdrowia;
- używanie słów czy określeń typowo medycznych, np. „spadł z wagi", „opuszczenie żołądka" itp., w czasie obchodu lekarskiego również ma charakter jatropatogenny;
- wszelkie niestosowne zachowania personelu medycznego wywołujące u pacjenta negatywne emocje itd.

Do błędów w komunikowaniu należy również zaliczyć wszystkie bariery utrudniające uważne słuchanie, gdyż jest ono istotą zrozumienia drugiej osoby i wszelkie błędy w słuchaniu będą zaburzały poprawną komunikację. Poza tym

błędy w komunikowaniu mogą wyniknąć z niewłaściwego zadawania pytań, zadawania wielu pytań naraz czy dopytywania się o to, o czym druga osoba nie chce mówić. Rodzaj pytania ma wpływ na rodzaj otrzymanej odpowiedzi i tak np. zadawanie zbyt wielu pytań zamkniętych nie da nam pełnego obrazu drugiej osoby, a wręcz może doprowadzić tę osobę do zniecierpliwienia i irytacji. Błędem może być również nieodpowiedni dobór słów i niewłaściwy moment zadawania pytań.

## 2.3. Techniki komunikowania terapeutycznego

Techniki komunikowania terapeutycznego wymagają wielu ćwiczeń i treningów w kontakcie z „żywym pacjentem". Sama analiza książkowa nie daje wprawy i pewności w rozmowie z chorym psychicznie, który jest niewątpliwie wymagającym podmiotem w dialogu. Stworzenie technik przez specjalistów miało na celu ułatwienie nawiązania i podtrzymania kontaktu osobom pomagającym z takim właśnie chorym. Szczególnie pielęgniarki – jako osoby towarzyszące pacjentowi przez cały okres hospitalizacji – powinny znać najważniejsze techniki komunikowania z chorym psychicznie, bo kontakt podopiecznych z psychiatrą lub psychoterapeutą ma ograniczone ramy czasowe. Oczywiście pielęgniarki nie są profesjonalistkami w tej dziedzinie, ale „dobry kontakt pielęgniarki z pacjentem stanowi istotny warunek pomyślnej realizacji założonych celów leczniczych. Należy zmierzać, choć może w sposób mniej rygorystyczny, do przestrzegania zasad postępowania" [1].

### 2.3.1. Podstawowe techniki komunikowania z chorym psychicznie

**Dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie u niego zmian**

Techniki te znakomicie sprawdzają się przy rozpoczynaniu dialogu, a w przypadku trudności w nawiązywaniu relacji z pacjentem, pomocne wydaje się zwrócenie uwagi na jego wygląd i zmianę zachowania. Szczególnie ważne może być zauważenie jego pozytywnych cech, gdyż „w psychozie pacjent pogrążony jest zwykle w przeżywaniu swojej wewnętrznej rzeczywistości i dlatego jakiekolwiek spontaniczne i zdrowe zainteresowania światem zewnętrznym muszą być dostrzegane i wzmacniane" [4].

**Oferowanie siebie**

Osoba pomagająca powinna zaoferować siebie, czyli zwrócić się do podopiecznych, zwłaszcza tych, którzy są nieśmiali i zagubieni w szpitalnej rzeczywistości. Zapewnienie chorego o stałej obecności na oddziale buduje poczucie bezpieczeństwa i jednocześnie stanowi wyraz dostrzeżenia pacjenta. Kiedy chory szuka kontaktu i przychodzi do personelu, powinien odczuć, że jest zawsze





mile widziany i osoba pomagająca jest dla niego dostępna w każdym momencie. Warto zatem zaproponować choremu wygodne miejsce do siedzenia, stworzyć atmosferę ciepła i zachęcić go do rozmowy. Jeżeli jest to możliwe, powinno się odłożyć pracę papierkową i niekoniecznie notować wszystkie obserwacje w trakcie dialogu z podopiecznym. Skupienie i uwaga są tym, czego pacjent od nas oczekuje.

**Aktywne słuchanie**

Komunikowanie terapeutyczne, które ma przynieść pożytek choremu, powinno opierać się na aktywnym słuchaniu. Jest to podstawowa sprawność umożliwiająca właściwe usłyszenie i zrozumienie wypowiedzi pacjenta. Słuchając aktywnie, osoba pomagająca jest w stanie odtworzyć ton, tempo wypowiedzi, a także ładunek emocjonalny, ponieważ skupiona jest na wszystkich ekspresjach obecnych w zachowaniu pacjenta. Stanowić to może bardzo ważną wartość diagnostyczną. Takie czynne słuchanie wymaga cierpliwości, samodyscypliny, aby nie przerywać choremu w wyrażaniu jego myśli. Mimo że sztuka komunikowania generalnie oparta jest na werbalnych formach ekspresji, „równie ważna jest sztuka słuchania, *audi multa, loquere pauca* – słuchaj dużo, mów mało" [7]. Ten sposób słuchania umacnia ponadto przekonanie pacjenta, że nie jest traktowany jako kolejny przypadek kliniczny, tylko jako indywidualność. Jest to jednocześnie kolejna możliwość okazania pacjentowi zrozumienia dla jego wypowiedzi. Wbrew pozorom aktywne słuchanie nie jest czynnością prostą. Wymaga od osoby pomagającej ciągłego monitorowania sytuacji, maksymalnej koncentracji i energii, które widoczne są w obiektywności, ocenie wzajemnych skutków rozmowy (lub rezygnacji z niej) i eliminacji dźwięków z otoczenia (telefon, telewizor) [17]. Warto zatem podsumować cechy „dobrego słuchacza" (między innymi według Kelly'ego) [15], które powinny być znane osobie pomagającej i odzwierciedlane w jej postawie względem podopiecznego. Są nimi:

- silna motywacja do słuchania (chęć poznania problemów chorego w celu udzielenia pomocy);
- zdolność do pełnego odbioru i możliwie trafnej interpretacji (skupienie uwagi nie tylko na werbalizacji chorego, ale także na sygnałach pozawerbalnych);
- brak stereotypowych nastawień, poczucia wszechwiedzy (traktowanie siebie jako autorytet, okazywanie wyższości);
- koncentracja na sensie, a nie na formie komunikatu;
- odróżnianie obserwacji od wnioskowania;
- postawa otwarta i życzliwa wobec nadawcy;
- trafna selekcja głównych punktów wypowiedzi;
- tworzenie atmosfery sprzyjającej wypowiedziom;
- reagowanie zarówno na treści wypowiedzi, jak i na kryjące się w niej uczucia;
- świadomość swoich nawyków w słuchaniu;
- zwracanie uwagi na chorego;

- dzielenie odpowiedzialności za komunikowanie;
- obecność fizyczna;
- utrzymywanie kontaktu wzrokowego;
- słuchanie odbierające całość komunikowanego znaczenia (zarówno treść, jak i towarzyszące uczucia);
- okazywanie empatycznego rozumienia (wejście w sytuację chorego psychicznie i patrzenie na sprawy z jego punktu widzenia);
- obserwowanie sygnałów niewerbalnych człowieka chorego psychicznie;
- przyjmowanie akceptującej postawy wobec osoby chorej psychicznie;
- słuchanie przez osobę pomagającą samego siebie i odczytywanie swojego stanu oraz sprawdzenie, jak to wpływa na słuchanie;
- zakończenie słuchania przez osobę pomagającą.

Jak wynika z zaprezentowanych cech, dobry słuchacz musi mieć potencjał osobowościowy i wiedzę teoretyczną, aby wykorzystać je właściwie w kontakcie z chorym psychicznie. Dla zapewnienia sobie komfortu słuchania, osoba pomagająca powinna stosować poniższe zasady. Otóż musi rozmówcy pokazać, że jest przez nią słuchany, poprzez pozawerbalne znaki, jak na przykład kiwnięcie głową, stały kontakt wzrokowy. Jest to ważne, ponieważ „człowiek, który przeżywa problem (...), potrzebuje potwierdzenia, że jest słuchany, rozumiany i akceptowany" [14]. Bezwzględnie należy unikać przerywania wypowiedzi, sugerowania ich bądź dawania rad. Bardzo ważna jest też postawa empatyczna. Kierowanie się wyżej wymienionymi zasadami powoduje, że chory redukuje swój stres, uzyskując poczucie zainteresowania ze strony rozmówcy.

### Klaryfikacja

Jest dowodem na to, że słuchamy. Polega na tym, że osoba pomagająca poprzez własną wypowiedź przekazuje nadawcy komunikatu, jak odebrała jego słowa i co z wypowiedzi chorego wydaje się dla niej najistotniejsze. Rozmawiając z pacjentem, należy unikać wrażenia przesłuchania i nie wdawać się w nic niewnoszącą dyskusję, która miałaby na celu np. odtworzenie realnej sytuacji na oddziale (chory może inaczej odbierać sytuację na oddziale). Ta technika pozwala także na wzmocnienie zaufania między osobą pomagającą a pacjentem, ponieważ podopieczny może wyrażać negatywne emocje i uczucia. Stanowi to pomoc w zidentyfikowaniu problemów chorego, a te z kolei są empatycznie odbierane przez osobę pomagającą i istnieje szansa rozwiązania wątpliwości, a także nadania konkretności treściom nieprecyzyjnym [17].

### Odzwierciedlenie

Dowodem równorzędnego traktowania chorego jako partnera w dialogu jest odzwierciedlenie. Kierowanie zwrotne do pacjenta jego pytań czy pragnień stanowi wyraz aktywnego słuchania. Technika ta jest „specyficznym wejściem w wewnętrzny świat przeżyć rozmówcy i nazwanie tego, co w danej chwili on czuje, czy co odczuwał w chwili, o której opowiada" [14]. Poprzez tę technikę osoba pomagająca skłania podopiecznego do zastanowienia się nad swoimi przemyśleniami, opiniami. Jest to korzystne dla pacjenta, ponieważ otrzymuje on szansę „dokładnego zrozumienia tego, co powiedział i refleksji nad własnymi wypowiedziami" [3]. Jest ponadto przekonany, że wypowiadane przez niego treści są ważne i godne uwagi. W przypadku braku pewności dla zrozumienia opinii pacjenta, można powtórzyć sens ogólnej wypowiedzi podopiecznego, a osoba pomagająca uniknie w ten sposób błędnej interpretacji jego słów.





### Poświadczenie

Stanowi wyraz aktywnego słuchania, pozwala na podtrzymanie rozmowy i sprawdzenie przez pacjenta, jak wypowiadane przez niego treści zostały przez personel zrozumiane. „Umożliwia jednocześnie przeredagowanie wypowiedzi, jeśli został źle zrozumiany" [3].

### Informowanie

Informowanie to przekazywanie istotnych dla pacjenta wiadomości odnośnie do jego stanu, stosowanych interwencji pielęgniarskich i metod leczenia. Powstrzymywanie się od udzielania informacji, jej fragmentaryczność lub zbywanie pacjenta ogólnikami powoduje u niego nasilenie się lęku i obawy o własne zdrowie. Mówienie prawdy, nawet najgorszej, w odpowiedni sposób wcale nie oznacza bycia okrutnym, a unikanie czy oszukiwanie na pewno nie jest warunkiem zaufania i szacunku [2]. Dla dobra pacjenta wszelkie wątpliwości powinny być natychmiast wyjaśniane, ponieważ chory może zacząć się zastanawiać nad znaczeniem określonych treści i istnieje ryzyko błędnego zinterpretowania przez niego otrzymanych informacji, które później trudno będzie sprostować. Wyjaśnianie pacjentowi wątpliwości niesie ze sobą wiele korzyści. Zmniejsza niepokój, zagubienie, niepewność (wiadomo, że te czynniki mogą nasilać lęk chorego, a nasza rola polega przede wszystkim na nieszkodzeniu pacjentowi i niwelacji powyższych) i buduje poczucie bezpieczeństwa. Należy pamiętać, że każdy z nas posługuje się kodem w rozmowie, co może być niejednokrotnie przyczyną nieporozumień. Dlatego wyjaśnianie i uzgadnianie pozwalają na jednakowe zrozumienie kodów.

### Wyjaśnianie i uzgadnianie znaczeń

Wyjaśnianie to technika polegająca na eliminowaniu pewnych nieścisłości czy niejasności pojawiających się podczas rozmowy. Zarówno pacjent, jak i osoba opiekująca się mogą w różny sposób interpretować pewne zachowania, jak i w różny sposób odbierać znaczenie wypowiedzi, co w efekcie może doprowadzić do niezrozumienia. Należy wyjaśniać i uzgadniać znaczenie wątpliwych sformułowań, gdyż zmniejsza to niepokój, zagubienie, niepewność i buduje poczucie bezpieczeństwa.

### Identyfikowanie mocnych stron

Poznanie mocnych stron chorego psychicznie, jak również jego potrzeb, pragnień, lęków, obaw i wątpliwości ułatwia efektywne komunikowanie się z nim, a identyfikacja oraz uświadomienie mu jego mocnych stron są pomocne przy rozwiązywaniu problemów.

### Milczenie terapeutyczne

Milczenie z reguły jest źle odbierane, gdyż stanowi barierę między podmiotami relacji. Jednak milczenie terapeutyczne może przynieść równie wiele korzyści co rozmowa. Jest to jedna z efektywniejszych i ważniejszych technik, jednak jest bardzo trudna do opanowania, co oddają słowa: „umiejętne dawkowane milczenie (...) to technika trudna, ale warta opanowania" [19]. Nie może to jednak być tak, aby cały kontakt opierał się wyłącznie na milczeniu, ponieważ „takie budziłoby grozę, byłoby bowiem sprzeczne z ogólną prawidłowością wymiany sygnałów, spojrzeniem, gestem, mimiką, drobnymi uwagami, mającymi zwykle zachęcać pacjenta do wypowiedzi" [10]. Osoba pomagająca w chwili milczenia chorego doskonale wie, że jest to dla niego możliwość zastanowienia się, czas na nazwanie własnych uczuć lub podjęcie decyzji. Nie należy bać się takiej przerwy w rozmowie, po prostu należy uwzględnić ją jako część dialogu. Warto mieć na uwadze, że osoba pomagająca towarzysząca choremu w milczeniu może przekazać więcej niż w sposób werbalny. Uśmiech, kontakt wzrokowy umacniają pacjenta w przekonaniu, że rozmowa nadal się toczy. W milczeniu terapeutycznym pacjent może otrzymać od osoby pomagającej niezwykle cenną wartość, mianowicie „wsparcie na duchu", będące podstawowym zapewnieniem o obecności osoby pomagającej [11]. Oczywiście, że czas takiej rozmowy jest przedłużony, ale mając na uwadze dobro chorego, warto poświęcić mu trochę więcej czasu. Nie powinno traktować się owego milczenia jako stratę czasu i okazywać choremu zniecierpliwienie lub kończyć za niego wypowiedź. Milczenie „znacząco wpływa na stan emocjonalny pacjenta (...), pogłębia ujawnione, lecz nienazwane uczucia, skłaniając do ich werbalizacji" [3]. Zachowanie milczenia jest trudniejsze niż dawanie rad, omawianie problemów chorego lub zadawanie mu pytań. Dlatego cierpliwość i zrozumienie stale powinny być obecne w zachowaniu osoby pomagającej. „Nie należy bać się w czasie rozmowy z chorym przerw – długich nieraz chwil milczenia. Cisza w kontakcie intymnym – a takim jest zawsze kontakt psychiatryczny – jest prawie zawsze ciszą twórczą, w której coś się dzieje, czasem więcej niż w trakcie działania, tj. mówienia" [9].

### Eksploracja

Eksploracja, to technika pozwalająca na głębsze rozważania nad problemami pacjenta. Należy do grupy zachowań pogłębiających komunikację. Stosowana jest po rozpoznaniu głównych problemów chorego w celu nadania rozmowie określonych ram. Należy pamiętać o elastyczności, braku nacisku na pacjenta, aby kontynuował wątek dialogu. Wszelkie ważne dla chorego sprawy nie zostaną przez niego pominięte i będzie do nich wracał przy istotnych dla niego okolicznościach.

### Modelowanie

Modelowanie to uwidocznienie zachowań poprzez komentarz słowny. Chory, zachęcony do opisu swojego obecnego stanu, przekazuje wyczerpujące informacje na temat doznawanych emocji. Posługiwanie się przenośnią przez podopiecznego pozwala na zobrazowanie, jaki nastrój mu towarzyszy.





### Umożliwienie szerokiego otwarcia i zachęcanie do kontynuowania

Chory bardzo często rozpoczyna rozmowę spontanicznie, nie można jej zaplanować ani w ramach czasowych, ani w treści ze strony personelu. Warto natomiast pozwolić pacjentowi ustalić tory rozmowy, dając w ten sposób szansę na poznanie jego uczuć. Takie zachowanie określone zostało jako „umożliwienie szerokiego otwarcia" i dotyczy wzbudzenia u pacjenta poczucia kierowania tą relacją przez skupienie się nad najważniejszą dla niego sprawą. Pacjent nieprzymuszony do rozmowy na określony temat (niejednokrotnie dla niego trudny), w sytuacji poczucia bezpieczeństwa i mający zaufanie sam podejmie inicjatywę. Zachęcanie do prowadzenia dalszej dyskusji może zostać poparte sygnałami pozawerbalnymi, jak skinięcie głową. Poniższe zasady [16] umożliwiają wyrażenie problemów emocjonalnych przez chorego, dlatego warto je wykorzystywać, mając na uwadze jego dobro. Oto one:

- dawanie pacjentowi czasu na znalezienie właściwych słów do wyrażenia uczuć;
- bycie empatycznym wobec pacjenta;
- stawianie pytań otwartych;
- pytanie o kwestie psychospołeczne i o problemy fizyczne;
- wyjaśnianie psychospołecznych komentarzy pacjenta, jego gestów lub tonów;
- podsumowanie tego, co – twoim zdaniem – mówi pacjent;
- proponowanie wyjaśnienia tego, co pacjent może czuć lub chce powiedzieć.

### Urealnianie i słowne wyrażanie wątpliwości

Techniki należące do zachowań konfrontujących z rzeczywistością. W przypadku rozmowy z chorym wykazującym zaburzenia myślenia i postrzegania urealnianie ma na celu przekazanie przez osobę pomagającą jej punktu widzenia na temat otaczającej rzeczywistości. Opinia wyrażana przez nią jest inna niż podopiecznego, jednak nie nosi ona znamion oskarżenia wobec pacjenta, ani nie ma na celu przekonania rozmówcy do racji osoby pomagającej. Stosując tę technikę, unika się prowadzenia sprzeczki i negowania zdania chorego. Poprzez słowne wyrażanie wątpliwości osoba pomagająca może zakomunikować odmienny punkt widzenia, jednocześnie akceptując poglądy pacjenta.

### Proponowanie współpracy i planowanie

W tych zachowaniach okazujemy pacjentowi, że jest dla nas partnerem w rozmowie i traktujemy go jako zdolnego do podejmowania decyzji w ramach procesu leczenia. Propozycje chorego powinny być brane pod uwagę i w miarę możliwości pacjenta wdrożone do realizacji. W tej sytuacji pacjent zaczyna być świadomy własnej odpowiedzialności i zyskuje poczucie, że pewne zdarzenia są od niego zależne.

**Parafrazowanie**

Prostsza technika zbliżona do klaryfikacji, polegająca na powtarzaniu za pacjentem niektórych, istotnych elementów jego wypowiedzi.

**Wspieranie**

Do wspierania zaliczyć można wszystkie działania polegające na dodawaniu pacjentowi otuchy, okazywaniu zrozumienia dla dręczących go uczuć, łagodzenie napięć i emocji związanych z chorobą oraz stosowanymi metodami leczenia, a także mobilizowanie pacjenta do współpracy i uświadamianie sił drzemiących w nim samym.

**Interpretowanie**

Interpretowanie to inaczej odtworzenie czy skomentowanie czegoś, co zostało nam w czasie rozmowy przekazane. Daje to pacjentowi możliwość pełniejszego uświadomienia sobie swoich uczuć i ewentualne sprostowanie czy uzupełnienie tego, co chciał nam powiedzieć.

**Podsumowanie**

Podsumowanie to technika podobna do interpretowania, przydatna szczególnie w czasie długich rozmów, stosowana najczęściej na zakończenie. Służy ona do zebrania, utrwalenia i ewentualnego zweryfikowania treści komunikatów.

**Budowanie nadziei i pocieszanie**

Nadzieja to stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego, mobilizujący do działania, a przede wszystkim ułatwiający znoszenie trudności. W przypadku chorego nadzieja zmienia się od wiary w wyzdrowienie, poprzez oczekiwanie ustąpienia dolegliwości, zrobienie kilku kroków, zmiany pozycji, do nadziei na spokojne umieranie i życie wieczne. Brak nadziei u pacjenta powoduje, że zamyka się on w sobie, tracąc kontakt z otoczeniem, nie dostrzega celu życia i nie chce współpracować w procesie leczenia.

Techniki te osoba opiekująca się powinna dobrze znać, umieć je odpowiednio zastosować, dobierając je z wrażliwością i pełną świadomością ich efektywności w celu zakomunikowania pacjentowi, że dokładnie rozumie nie tylko treść jego wypowiedzi, ale również jego przeżycia. Takie postępowanie osoby opiekującej się przyczyni się z pewnością do nawiązania prawidłowego kontaktu terapeutycznego z chorym, opartego na poszanowaniu ludzkiej godności pacjenta i jego prawa do odmiennego zachowania, które jest cechą jego choroby, ale też nie powinno stanowić zagrożenia życia jego i innych ludzi.

## PIŚMIENNICTWO


1. Aleksandrowicz J.: Psychoterapia. PZWL, Warszawa 2000, 109-110.
2. Barański J., Waszyński E., Steciwko A. (red.): Komunikowanie się lekarza z pacjentem. Wydawnictwo Astrurn, Wrocław 2000.







3. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1989, 3: 255-256.
4. Brodniak J.: Społeczne problemy leczenia zaburzeń psychicznych. PZWL, Warszawa 1985, 90.
5. Foster D.: Komunikacja w promocji zdrowia. [w:] Pike S., Foster D.: Promocja zdrowia dla wszystkich. Wydawnictwo Czelej, Lublin 1998, 112.
6. Górajek-Jóźwik J., Widomska-Czekajska T. (red.): Przewodnik encyklopedyczny dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1996, 254-256.
7. Jarosz M.: Psychiatra i jego pacjent. PZWL, Warszawa 1980, 39.
8. Joel L.A, Collins D.L.: Psychiatric nursing: theory and application. Mc Graw-Hill, New York 1978, 115-129.
9. Kępiński A.: Autoportret człowieka (myśli i aforyzmy). Oprac. Z. Ryn, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1993, 307.
10. Kępiński A.: Psychopatologia nerwic. PZWL, Warszawa 1986, 247.
11. Kokoszka A.: Rozumieć aby leczyć i podnosić na duchu. Psychoterapia według Antoniego Kępińskiego. Wyd. CMUJ, Kraków 1996, 137.
12. McKay M., Davis M., Farining P.: Sztuka skutecznego porozumiewania się. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
13. Motyka M.: Komunikacja terapeutyczna. [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.): Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 29-76.
14. Motyka M.: Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Wydawnictwo Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999, 46-49.
15. Nęcki Z.: Komunikacja międzyludzka. Wyd. Antykwa, Kraków 2000, 163.
16. Salmon P.: Psychologia w medycynie – wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 141.
17. Schoen Johnson B.: Psychiatric-Mental Health Nursing. Third Edition J.B. Lippincott Company, USA 1993, 65-84.
18. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia i jej rozwój osób pomagających. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, 14-15.
19. Winefield H.R., Peay M.Y.: Nauka o zachowaniu w medycynie. PZWL, Warszawa 1986, 179.

# KOMUNIKOWANIE SIĘ W ZESPOLE TERAPEUTYCZNYM

W kontakcie z chorym człowiekiem, a zwłaszcza chorym psychicznie, odpowiednie podejście ze strony osób świadczących opiekę jest nieodzownym elementem wpływającym na skuteczność procesu terapeutycznego.

## 3.1. Definicja zespołu terapeutycznego

Zespół terapeutyczny, jako grupa ludzi o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych oraz posiadanym doświadczeniu i wiedzy, współpracuje ze sobą w celu realizacji założonych celów terapeutycznych. Współpracy lekarza z pielęgniarką, psychologiem i terapeutami zajęciowymi musi towarzyszyć świadomość odpowiedzialności, jaka ciąży na ich zespole za podejmowane działania terapeutyczne. Wspólne ustalenie zakresu obowiązków, uprawnień wszystkich przedstawicieli zespołu leczącego na początku procesu terapeutycznego zapobiega konfliktom i nieporozumieniom. Sprawny obieg informacji oraz rzetelność w przekazywaniu wiadomości na temat stanu chorego pozwalają na systematyczną ocenę lub ewaluację założonych działań terapeutycznych. Należy jednak mieć świadomość, że członkowie zespołu terapeutycznego nie współpracują tylko między sobą, ale ich obowiązkiem jest pozyskanie chorego do współpracy i wzbudzenie w nim motywacji do podjęcia aktywności w procesie leczenia.

## 3.2. Uwarunkowania osobowościowe zespołu terapeutycznego

Do czynników budujących specyficzny kontakt osób pomagających z pacjentem należą uwarunkowania osobowościowe osób świadczących opiekę, a tak-

że dyspozycyjność emocjonalna do pracy z ludźmi chorymi oraz umiejętność stworzenia poczucia bezpieczeństwa i stabilizacji w środowisku szpitalnym. Umiejętność rozwiązywania konfliktów i pomagania przez pielęgniarkę, psychologa czy lekarza w trudnej sytuacji choroby niweluje lęki i niepewność chorych.

Przejawiane postawy wobec pacjentów będą niewątpliwie wynikiem uwarunkowań kulturowych, w jakich jednostka dorastała, i wyuczonych sposobów przekazywania emocji. Słuszna zatem wydaje się analiza przez zespół terapeutyczny prezentowanych zachowań wobec chorych, poprzez pryzmat korzyści płynących dla pacjentów.

Dojrzała pielęgniarka, dojrzały lekarz czy psycholog, uwzględniając swoje cechy osobowości, a także podmiot opieki, wybierają adekwatne miejsce pracy. Uświadomienie sobie specyfiki chorób psychicznych pomaga zrozumieć, że kontakt z osobą z nieprawidłowymi reakcjami i aktywnością psychiczną będzie wymagać znacznie większego zaangażowania i empatii w procesie przywracania chorego do zdrowia i pełnienia ról społecznych. Ponadto, „jeżeli osoby pomagające nie rozumieją »wątłej« tożsamości pacjenta i kruchej nici łączącej go z rzeczywistością, to trudno jest zrozumieć jego opór lub dziwaczne zachowanie" [1]. Na ten aspekt została zwrócona szczególna uwaga, ponieważ zdarza się, że zawód lekarza, psychologa czy pielęgniarki wykonują osoby z brakiem odpowiednich predyspozycji osobowościowych i przygotowania do pełnienia roli zawodowej. Niesie to ze sobą konsekwencje dla osoby chorej, która zamiast uzyskać wsparcie, być traktowana z należytym szacunkiem, będzie odczuwać niechęć ze strony leczących, co może wpłynąć na nasilenie się jej izolacji od otoczenia i brak postępu terapeutycznego. Trudno wyobrazić sobie bowiem, aby ciągłe napięcie, jakie towarzyszy w codziennej pracy, mogło wpływać na podniesienie jakości pracy i pozwalało budować poprawne relacje z innymi członkami zespołu interdyscyplinarnego. Dlatego ważne jest, aby każda osoba miała możliwość wyboru miejsca pracy i identyfikacji z zawodem, a więc podjęcia świadomej, trafnej decyzji w wyborze grup podopiecznych, do których kierowane będą jej działania terapeutyczne.

### 3.2.1. Tolerancja i akceptacja

Okazanie choremu ciepła, serdeczności i prawdziwej życzliwości staje się nieodzownym zachowaniem zespołu terapeutycznego. Przyczynia się to do powrotu pacjenta do zdrowia, buduje jego wiarę i nadzieję, że ma szanse ponownego pełnienia ról społecznych. Buduje też w nim przekonanie, że mimo choroby nadal ma swoją wartość i godność.

Każda dziedzina medycyny wymaga wymienionych predyspozycji i uwarunkowań osobowościowych. Pracując z chorym psychicznie, muszą one jednak być szczególnie rozwinięte, ponieważ potrzeby podopiecznych są specyficzne. Wskazana jest zdolność lekarza, psychologa i pielęgniarki do zrozumienia oraz przyjęcia norm wartości każdego podopiecznego, bez wydawania osądów. Tolerancja jest podstawą zrozumienia i poznania pełnej sytuacji pacjenta – takie





podejście prowadzi do akceptacji chorego. Przez akceptację rozumie się nawet serdeczność kierowaną do człowieka, który cierpi, a także szacunek dla niego „jako odrębnej istoty oraz głęboką, autentyczną zgodę na to co otwarcie wyraża, nawet na bunt, zniechęcenie" [7]. Zbudowanie klimatu akceptacji wokół pacjenta wpływa na jego samoakceptację i może stanowić zwrotny moment w uporządkowaniu życia emocjonalnego. Osoby, które okazują akceptację wobec chorego mają wewnętrzną harmonię i pogodę ducha. Jest to wynik samoakceptacji, pewności siebie i poczucia, że praca z osobami z problemami psychicznymi jest tym, co powinny kontynuować. Postawa pełna tolerancji i pozytywnych uczuć względem podmiotu opieki pozbawiona jest egoizmu, niechęci. Dzieje się tak dlatego, ponieważ została zachowana równowaga między własnym „ja" a „ja" pacjenta.

### 3.2.2. Wgląd w siebie i autentyczność

Można zaryzykować stwierdzenie, że poprawne wypełnianie obowiązków zawodowych i skuteczność działań terapeutycznych wobec chorego są uzależnione w dużej mierze od dokonywania regularnej samooceny. Powinna ona uwzględniać nie tylko wiedzę merytoryczną, ale także emocje, które towarzyszą w kontakcie z chorym, oraz reakcje na komentarze chorego.

Dokonywanie takiego wglądu w siebie jest „ważnym elementem struktury dojrzałej osobowości" [13], a także wynikiem poczucia humoru dotyczącym własnej osoby. Znajomość swoich emocji oraz sposobu reagowania w danej sytuacji wpływa na późniejsze relacje z otoczeniem i samopoczucie. Opisywana dojrzałość emocjonalna i towarzysząca jej wewnętrzna harmonia wynikają z ukształtowanego światopoglądu i świadomości założonych celów do zrealizowania w kontakcie z drugim człowiekiem. Dają również szansę, aby spojrzeć z dystansem na swoją postawę wobec podmiotu opieki – czy nie jest ona nacechowana wyższością lub tendencją do dominacji.

Analiza własnych zachowań i emocji, które wyznaczają kierunek postępowania wobec otoczenia, przyczyniają się do poprawy relacji ze współpracownikami, pacjentami i ich rodzinami. Ponadto, taka wnikliwa ocena samego siebie staje się jednocześnie formą doskonalenia zawodowego. Wykorzystanie tej umiejętności pozwala również na ocenę stopnia własnej autentyczności i naturalności, tak potrzebnych cech przy komunikowaniu się z chorym psychicznie. Trzeba bowiem mieć świadomość, że pacjenci ci są szczególnie wrażliwi na naturalność osób trzecich. Bycie autentycznym – to zachowanie zgody między wypowiadanymi kwestiami a przeżyciami. Wszelka sztuczność lub odgrywanie określonej roli są natychmiast rozpoznawane i stanowią barierę do prowadzenia komunikacji oraz w oczywisty sposób przeszkadzają w nawiązaniu relacji terapeutycznej [15].

### 3.2.3. Empatia

Omawiając predyspozycje osobowościowe osób świadczących opiekę, nie sposób pominąć empatię, która wskazuje na prawdziwe zrozumienie chorego i jest odzwierciedleniem pewnej wrażliwości, aby móc odbierać nawet najsubtelniejsze sygnały wysyłane przez inną osobę [3]. Należy pamiętać, że empatia nie jest równoznaczna ze współczuciem, ponieważ lekarz, pielęgniarka lub psycholog nie przejmują uczuć chorego, tylko je zapożyczają. W przejawianiu empatii nie dąży się bowiem do utożsamiania się z pacjentem, ale zachowuje się własne uczucia i emocje. Osoby z zespołu terapeutycznego zyskują miano empatycznych, wówczas gdy w konfrontacji z pacjentem potrafią zdobyć się na bardziej wewnętrzny i emocjonalny stosunek do chorego [15].

Empatia jest niewątpliwie sztuką trudną i wymagającą ciągłego doskonalenia w kontakcie drugim człowiekiem, zwłaszcza że daje podstawy do pomagania i rozwiązywania konfliktów międzyludzkich. Omawiane predyspozycje osobowościowe i dyspozycyjność emocjonalna oferowana przez zespół leczący są wynikiem wrażliwości i świadomości, że tylko to jest gwarantem udzielenia poprawnej pomocy pacjentowi w procesie leczenia i zapobiega wypaleniu zawodowemu.

### 3.2.4. Budowanie relacji terapeutycznej

Konieczność stworzenia relacji terapeutycznej z osobami chorymi winna stać się priorytetem w profesjonalnym sprawowaniu opieki nad pacjentem psychiatrycznym. Jest to bowiem podstawą terapii, dzięki której chory uczy się nawiązywania poprawnych kontaktów z otoczeniem i poznaje swoje słabości. Należy także pamiętać, że prawidłowo przeprowadzana relacja terapeutyczna stanowi formę wsparcia dla chorego i umożliwia uzyskanie więzi emocjonalnej, wręcz niezbędnej do utrzymania tego typu kontaktów [4].

Zespół terapeutyczny nawiązuje w swojej pracy różne relacje z podopiecznymi, co jest potwierdzeniem indywidualności każdego pacjenta. Relacja poprawnie nawiązana i podtrzymywana staje się szansą na zdobywanie doświadczenia zawodowego, a także pewności w obcowaniu z pacjentami. Oczywiście nie każdy kontakt z chorym będzie zaliczał się do relacji terapeutycznej. Bez spełnienia odpowiednich warunków pozostanie ona mechanicznie nawiązanym kontaktem. Co zatem powinno charakteryzować poprawnie nawiązaną relację terapeutyczną?

Członkowie zespołu terapeutycznego, rozpoczynając relację terapeutyczną, zdają sobie sprawę, że oba podmioty w tej specyficznej formie kontaktu muszą w niej aktywnie uczestniczyć i wyznaczać kierunek tej więzi. Jest to bowiem proces wymagający współuczestnictwa chorego, jego decydowania i akceptacji. Nawiązana relacja terapeutyczna staje się ponadto dla osoby chorej czynnikiem motywującym do podejmowania działań na rzecz jej szybkiego powrotu do zdrowia i pełnienia ról społecznych.





Kolejny wyznacznik poprawnie nawiązanej relacji to świadomość zespołu terapeutycznego celów i zadań, jakie mają zostać osiągnięte. Ponieważ ideą relacji jest stworzenie warunków do rozwoju, stymulacji aktywności chorego i wskazanie właściwego sposobu postępowania, osoba pomagająca powinna dążyć do takiego udzielenia pomocy pacjentowi i „wyposażenia" go w motywację i poczucie wartości, które pozwolą mu samemu sobie pomóc. Jednak zdarzają się sytuacje, w których stan zdrowia chorego uniemożliwia mu taką aktywność.

Wówczas lekarz, pielęgniarka czy psycholog – jako osoby kompetentne i posiadające wiedzę oraz doświadczenie – powinny wykazać się szczególnymi umiejętnościami interpersonalnymi. Ich celem „nie powinno być sprawne manipulowanie ludźmi, ale tworzenie czy też współtworzenie warunków i atmosfery międzyludzkiej, która sprzyja rozwojowi człowieka i realizacji jego konstruktywnych możliwości" [6].

Skuteczność relacji terapeutycznej uzależniona będzie także od nazwania swojej postawy względem podmiotu. Bardzo często zespół leczący zna historię choroby i w pewien sposób jest już ustosunkowany do podmiotu opieki. W tej sytuacji świadomość pielęgniarki, lekarza i psychologa powinna być zwrócona w stronę introspekcji pozwalającej na przeanalizowanie własnych przeżyć i emocji wobec pacjenta. Dla poprawności relacji warto dokonać tego w jej początkowej fazie, zanim chory odczyta nasze emocje [12].

Jeden z kluczowych komponentów, na których opiera się relacja terapeutyczna, to zaufanie. Jest ono podstawą procesu leczniczego, dlatego członkowie zespołu terapeutycznego muszą stać się profesjonalistami w jego zdobywaniu i umacnianiu. Warto pamiętać, że wiele osób boi się zaufać, ponieważ poprzednie doświadczenia okazały się negatywne. Chorzy stają się często podejrzliwi i nieufni na skutek opinii pozyskiwanych od innych pacjentów lub z mediów. Tym istotniejsze jest zwrócenie się do podopiecznego i umacnianie wiary w przedstawicieli zawodów medycznych. Dlatego ze strony chorego będą się ciągle pojawiać pytania, wzmożona obserwacja zachowania i sprawdzanie rzetelności uzyskiwanych informacji. Nie powinno to budzić negatywnych emocji, ponieważ „poczucie zaufania trzeba budować od podstaw – tak jak dzieje się to w przypadku małych dzieci – ze względu na niedostateczny poziom dojrzałości pacjentów" [1].

Należy mieć na uwadze ryzyko zaprzepaszczenia nawiązanego zaufania między chorym a zespołem terapeutycznym na skutek zachwiania wiarygodności osób świadczących opiekę. Dlatego wyrozumiałość, szczerość, ale także konsekwencja w działaniu stają się szansą na rozmowę, w której „chory często odsłania (...) tajemnice, których przedtem nikomu nie zdradził" [5].

Jak zatem pacjent musi bardzo ufać, skoro pozwala na złamanie bariery intymności, prywatności i dopuszcza do swoich osobistych spraw, o których czasem nie wie nawet rodzina? Omawiane zagadnienie zawiera się w jednej z podstawowych zasad etyki zawodowej, czyli zasadzie wierności. Pod jej pojęciem rozumie się „umacnianie zaufania między pielęgniarką a pacjentem poprzez dotrzymywanie obietnic i zachowanie poufności" [2]. Można zadać

pytanie, czy nazwanie sztuką umiejętności nawiązania i podtrzymania relacji terapeutycznej nie jest banalnym stwierdzeniem? Wydaje się, że nie, ponieważ właściwy przebieg tej indywidualnej i ustabilizowanej relacji między podmiotami stanowi podstawę do komunikowania terapeutycznego.

Jako podsumowanie wytycznych poprawności relacji między podopiecznym a osobami świadczącymi opiekę należy podkreślić odpowiednie traktowanie pacjenta, konieczność umacniania w nim godności człowieka, poczucia wartości i motywowania do aktywności w procesie leczenia. Nie bez znaczenia jest także wiedza merytoryczna zespołu terapeutycznego i pewność w podejmowanych decyzjach. Wymienione powyżej wytyczne relacji są wynikiem odpowiednich predyspozycji osobowościowych zespołu terapeutycznego, które powinny stać się wizytówką osób pracujących w placówkach medycznych, zaś szczególnego znaczenia nabierają w psychiatrii.

## 3.2.5. Umiejętność pomagania i rozwiązywania konfliktów

Pomaganie oznacza chęć i gotowość do działania ukierunkowanego na odniesienie korzyści przez innego człowieka, jak również poprawę jego samopoczucia. Poprzez takie działanie rozumie się „nakaz pomagania tym osobom, których losy zależą od naszych działań" [11]. Kierowanie się tą wykładnią powinno być oczywiste dla każdego członka zespołu terapeutycznego, ponieważ stanowi podstawę profesjonalnego działania w procesie leczenia. Wsparcie psychologiczne, które wydaje się pierwszoplanowe w świadczeniu opieki chorym, można rozgraniczyć do dwóch modeli [6]. Pierwszy z nich dotyczy pomocy w okazaniu wsparcia ludziom, którzy nie radzą sobie w cierpieniu spowodowanym kolejnym niepowodzeniem, zachwianiem wiary we własne możliwości, drugi oparty jest na dążeniu do takiej sytuacji, aby dana osoba pomogła sobie sama.

Osoba pomagająca musi mieć na uwadze, że nie zawsze wie, komu będzie pomagać, dlatego powinna pamiętać o bardzo ważnym przesłaniu: „samoświadomość, szczerość, spójność i zdolność komunikowania się, wiedza o ludzkim zachowaniu, znajomość wpływu płci, kultury i czynników społecznych na zachowanie, to wszystko czynniki sprzyjające efektywnej relacji pomagającego z klientem" [8]. Warto zatem, aby pielęgniarka, lekarz lub psycholog odpowiedzieli sobie na kilka pytań, które pozwolą na wydanie samooceny, czy jako osoby pomagające są w pełni do tej roli przygotowane [12]:

- czy mój sposób bycia, postawa będą postrzegane przez innych jako godne zaufania?
- czy jestem osobą pełną wyrazu i wysyłającą jasne komunikaty?
- czy mogę pozwolić sobie na pozytywne nastawienie do innych, ciepło, troszczenie się, zainteresowanie?
- czy mam na tyle silną osobowość, by zachować własną autonomię?
- czy mogę „wejść" do świata uczuć i przeżyć drugiej osoby i postrzegać, tak jak ona postrzega?





- czy jestem w stanie zaakceptować każdego człowieka, który zwraca się do mnie, czy akceptacja jest bezwarunkowa?
- czy jestem w stanie wykazać się wrażliwością w zachowaniu, aby nikt nie odczytał w niej groźby względem siebie?
- czy jestem pewna, że rozmówcy mogę pozwolić na autonomię?
- czy jestem wolna od wydawania ocen na temat podmiotu relacji?

Rola osoby pomagającej jest niewątpliwie trudna, ponieważ „stoi ona przed dylematem, czy zbliżać się, narażając kogoś lub siebie na «zranienie», czy zachować bezpieczny dystans, skutkujący jednak zbytnim chłodem, a często również nierozwiązaniem problemu" [14]. Wydaje się, że elementem niezbędnym w procesie niesienia pomocy i gwarantującym sukces zespołu terapeutycznego jest empatia. Przejawianie empatii jest procesem wymagającym aktywności, wysiłku emocjonalnego i zaangażowania ze strony osób świadczących opiekę. Empatyczne zrozumienie osoby chorej w atmosferze sprzyjającej wyrażaniu uczuć jest niewątpliwie fundamentalnym elementem komunikowania się z pacjentem i stwarza nowy wymiar opieki. Wpływa także na motywację chorego do własnego rozwoju [10]. Jeśli omawiana umiejętność utrzymywana jest na jak najwyższym poziomie, staje się wówczas czynnikiem ubogacającym osobowość. Świadome zadawanie pytań o uczucia pojawiające się w danej chwili przez lekarza, psychologa lub pielęgniarkę, świadczy o rozumieniu terminu „empatia". Osoba pomagająca potrafi wczuć się czy też „wejść w skórę" pacjenta oraz łączyć ze sobą wątki komunikatów emocjonalnych tak, by pokazać jakiś aspekt przeżywania [14]. Ważne jest, aby zespół terapeutyczny potrafił przekazać w trakcie tego kontaktu, co dzieje się z pacjentem, a potem udzielił mu pomocy w poprawnym nazwaniu emocji i wskazał, jak prawidłowo radzić sobie z towarzyszącymi w danych sytuacjach emocjami.

W kontakcie z pacjentem często może dochodzić do sytuacji konfliktowych, wynikających z jego przekonań i zachowań mających źródło w chorobie. Niejednokrotnie pacjent oczekuje rzeczy niemożliwych do zrealizowania, a jego oczekiwania mogą mieć charakter życzeniowy. W psychiatrii do otwartego konfliktu może dojść w sytuacji wydania przez sąd orzeczenia pozwalającego na hospitalizację chorego. Wówczas chory manifestuje swój bunt, odmawiając przestrzegania określonego sposobu zachowania w placówce leczniczej lub przyjmowania leków. W takiej sytuacji do zażegnania konfliktu będą niezbędne cierpliwość i opanowanie. Rozwiązanie powyższej konfrontacji wymaga uświadomienia sobie przez osoby sprawujące opiekę, jakich zachowań należy unikać. Przede wszystkim niewskazane jest podkreślanie swojego autorytetu poprzez odnoszenie się do specjalistycznej wiedzy i zajmowanego miejsca w strukturze szpitalnej, a także krytykowanie poglądów chorego [16].

Należy ponadto mieć na uwadze, że umownie przyjęte reakcje i zachowania zespołu terapeutycznego w sytuacjach konfliktowych mogą nie przynieść namacalnych dowodów rozwiązania konfliktu [9]. Nie powinno to jednak przekreślać podejmowania prób jego zażegnania. W opiece nad chorymi psychicznie należy wykazać się przewidywalnością i starać się ograniczyć kontakty chorych depresyjnych z pacjentami maniakalnymi, pobudzonymi, ponieważ

wzajemne niezrozumienie reakcji i zachowań wynikających z choroby może również wywołać sytuacje konfliktowe. Trudno oczekiwać od pacjentów wyrozumiałości, ponieważ każdy z nich ma poczucie największej choroby i oczekuje zapewnienia spokoju.

Wydaje się, że powstawanie i rozwiązywanie konfliktów zarówno między osobami chorymi, jak i między nimi a zespołem terapeutycznym jest elementem na stałe wpisanym w te relacje. Skutecznym sposobem ich zapobiegania lub rozwiązywania jest świadomość specyfiki chorób i zachowań z nich wynikających, a także umiejętność prowadzenia dialogu z poszanowaniem godności rozmówcy, jego poglądów i opinii.

Przedstawione powyżej uwarunkowania osobowościowe, zachowania członków zespołu terapeutycznego mają bardzo duże znaczenie w zapewnieniu wysokiej jakości usług wobec podmiotu opieki. Dla chorego jednym z kryteriów dobrej opieki jest nie tylko otrzymanie leków i uczestniczenie w terapii, ale także przebywanie w placówce, w której jego godność i wartość jako człowieka są respektowane.

Omówiony model komunikowania się w zespole terapeutycznym pozwala na holistyczne ujęcie opieki nad pacjentem. Może także przyczynić się do podjęcia samooceny przez zespół terapeutyczny i wyciągnięcia wniosków na temat poprawności swojego postępowania i wypełniania obowiązków zawodowych.

## PIŚMIENNICTWO


1. Belin S.: Schizofrenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
2. Fry S.T.: Etyka w praktyce pielęgniarskiej. Zasady podejmowania decyzji. Wydawnictwo OVO, Warszawa 1997.
3. Goleman D.: Inteligencja emocjonalna. Wydawca Media Rodzina, Poznań 1997.
4. Joel L.A, Collins D.L.: Psychiatric nursing: theory and application. New York 1978, 115-129.
5. Kępiński A.: Autoportret człowieka (myśli i aforyzmy). Oprac. Z. Ryn, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1993, 307.
6. Mellibruda J.: Ja-Ty-My. Psychologiczne możliwości ulepszania kontaktów międzyludzkich. Nasza Księgarnia, Warszawa 1980, 245.
7. Nęcki Z.: Komunikacja międzyludzka. Wydawnictwo PSB, Kraków 1996.
8. Okun B.F.: Skuteczna pomoc psychologiczna. Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2002.
9. Salmon P.: Psychologia w medycynie – wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 141.
10. Schoen Johnson B.: Psychiatric-Mental Health Nursing, Third Edition J.B. Lippincott Company, USA 1993.
11. Strelau A.: Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, 3.
12. Sudden S.J., Stuart G.W., Rankin E.A., Cohen S.A.: Nurse-client interaction. Implementing the Nursing Process. Fourth Edition, St. Louis The C.V. Mosby Company 1989.
13. Tylka J.: Umiejętność bycia sobą, pozytywne myślenie, kształtowanie optymizmu jako psychologiczne mechanizmy budowania zdrowia. Kardiologia Polska 2001, supl. 9.







14. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia i jej rozwój osób pomagających. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002, 25-26.
15. Wilczek-Rużyczka E.: Komunikowanie pielęgniarka-pacjent. Pielęgniarka i Położna 2000, 1, 10-11.
16. Wilczek-Rużyczka E., Wojtas K.: Model zachowań zespołu terapeutycznego wobec chorych leczonych w placówkach psychiatrycznych. Zdrowie Publiczne 2006, 2, 284-289.

# SPECYFIKA KOMUNIKOWANIA SIĘ Z OSOBAMI CHORYMI PSYCHICZNIE

## 4.1. Specyfika choroby psychicznej

Jeśli mówimy o chorobie psychicznej, to pojawia się pytanie: czym jest zdrowie psychiczne? Dość powszechne wydaje się określenie zdrowia psychicznego jako stanu dobrego emocjonalnego samopoczucia, umożliwiającego sprawne funkcjonowanie w kręgu społecznym, uzyskiwanie satysfakcjonujących osiągnięć i rozwój osobowości.

A. Antonovsky [24] podaje znacznie szersze rozumienie zdrowia psychicznego – jako orientacji życiowej, polegającej na spostrzeganiu świata jako:

- zrozumiałego – możliwego do racjonalnego rozumienia;
- sterowalnego – można mieć wpływ na to, co się dzieje i poradzić sobie z tym, co nas spotyka;
- mającego sens – warto inwestować w życie, warto podejmować wysiłki i angażować się.

Natomiast choroba psychiczna definiowana jest „jako zaburzenia psychiczne charakteryzujące się zmianami chorobowymi w zakresie myślenia, świadomości, intelektu, woli, uczuć, działania i innych funkcji psychicznych, prowadzących do znacznych niekiedy zaburzeń zachowania w środowisku społecznym" [17].

W literaturze i praktyce klinicznej spotykamy się najczęściej z dwoma klasyfikacjami chorób i zaburzeń psychicznych:

- Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD);
- Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM).

Dziesiąta rewizja ICD obowiązuje w Polsce od 1997 roku. Jako ogólną zasadę przyjęto w niej niewykorzystywanie jako kryterium diagnostycznego zaburzeń w pełnieniu ról społecznych, wyjątki dotyczą prostej schizofrenii oraz osobowości dyssocjalnej [23]. Klasyfikacja ta składa się z dziesięciu kategorii:

1. Zaburzenia organiczne.
2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu, używaniem środków psychotropowych i leków.
3. Schizofrenia i zaburzenia typu schizofrenicznego.
4. Zaburzenia afektywne.
5. Zaburzenia lękowe i psychosomatyczne.
6. Szczególne zaburzenia zachowania związane z zaburzeniami somatycznymi i fizjologicznymi.
7. Zaburzenia osobowości i zachowania.
8. Upośledzenie umysłowe.
9. Zaburzenia rozwojowe.
10. Zaburzenia zachowania i emocji, mające swój początek w dzieciństwie i młodości.

W stosunku do osób psychicznie chorych mają zastosowanie przepisy prawa międzynarodowego określające zarówno prawa tych osób, jak i sytuacje, w których ma miejsce ich ograniczenie, np. przymusowa hospitalizacja. Według Europejskiej Konwencji Ochrony Praw Człowieka oraz Podstawowych Swobód, nikt nie może zostać pozbawiony wolności oprócz pewnych przypadków i na drodze legalnej. Potwierdza przysługujące każdemu choremu, pozbawionemu z powodu obligatoryjnego leczenia, prawo do odwołania się do sądu, w celu skontrolowania legalności zatrzymania oraz w celu otrzymania zwolnienia, gdyby zatrzymanie było nielegalne. Hospitalizacja przymusowa jest jednak uznawana za nieodzowny instrument terapii i dlatego każdy kraj europejski ma legislację dotyczącą przypadków jej zastosowania. [5].

Pojawienie się leków psychotropowych zrodziło szereg problemów etycznych i prawnych. Zwraca na to uwagę uchwała 29. Walnego Zgromadzenia Światowej Federacji Medycznej, w której podkreślono, że używanie leków psychotropowych to nie tylko problem medyczny, lecz złożony fenomen społeczny. Jedną z prób określenia ogólnych zasad w skali międzynarodowej była Deklaracja Hawajska uchwalona przez Zgromadzenie Światowej Federacji Psychiatrycznej w 1977 roku. Deklaracja ta zobowiązuje psychiatrów do zapewnienia pacjentom najlepszego dostępnego leczenia, informowania ich o stanie zdrowia oraz metodach leczenia, także alternatywnych [23].

Ochrona zdrowia psychicznego w Polsce doczekała się ustawowej regulacji w dniu 19 sierpnia 1994 roku. Uchwalenie „Ustawy o ochronie zdrowia psychicznego" poprzedził okres kilkudziesięciu lat przygotowań. Jej tekst rozpoczyna się od stwierdzenia, że „...zdrowie psychiczne jest fundamentalnym dobrem osobistym człowieka, a ochrona praw osób z zaburzeniami psychicznymi należy do obowiązków państwa" [26]. Jednak w działaniach z zakresu ochrony zdrowia psychicznego mogą uczestniczyć także stowarzyszenia i inne organizacje społeczne, fundacje, samorządy zawodowe, kościoły i inne związki wyznaniowe oraz grupy samopomocy pacjentów i ich rodzin, a także inne osoby fizyczne i prawne. Daje to możliwość kontynuowania wielu inicjatyw, które znacznie wyprzedziły działania organów państwowych, oraz otwiera szerokie pole działania dla organizacji pozarządowych.





W rozumieniu ustawy, ochrona zdrowia psychicznego polega w szczególności na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym; kształtowaniu wobec nich właściwych postaw społecznych: zrozumienia, tolerancji, życzliwości oraz przeciwdziałaniu ich dyskryminacji.

Większość badań psychiatrycznych w zakładach opieki zdrowotnej, w miejscu zamieszkania i w innych warunkach przeprowadza się za zgodą pacjenta i nie wymaga to specyficznej regulacji prawnej. Ustawa przewiduje odstępstwo od zasady autonomii w formie przymusowego badania tylko wyjątkowo, w przypadkach koniecznych, gdy z powodu zaburzeń psychicznych powstaje bezpośrednie zagrożenie szczególnie cennych dóbr i zachodzi potrzeba podporządkowania autonomii pacjenta dobrom wyższego rzędu.

Na pobyt i leczenie w szpitalu psychiatrycznym potrzebna jest zgoda chorego, poprzedzona przekazaną w dostępny sposób informacją o celu przyjęcia do szpitala psychiatrycznego, stanie zdrowia, proponowanych czynnościach diagnostycznych i leczniczych oraz o dających się przewidzieć skutkach tych działań lub ich zaniechania. Zasada ta nie obowiązuje w stosunku do osoby, której zachowanie wskazuje na to, że z powodu zaburzeń psychicznych może ona zagrażać bezpośrednio własnemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych osób bądź nie jest zdolna do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych. W tej sytuacji lekarz jest zobowiązany wyjaśnić choremu przyczyny przyjęcia do szpitala bez zgody i poinformować go o jego prawach, natomiast kierownik szpitala psychiatrycznego zawiadamia bezzwłocznie sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala, wskazując okoliczności uzasadniające przyjęcie.

Ustawa dopuszcza zastosowanie w stosunku do psychicznie chorego przymusu bezpośredniego, który polega na przytrzymaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Decyzja należy do lekarza, który określa rodzaj zastosowanego środka oraz osobiście nadzoruje jego wykonanie. W szpitalach psychiatrycznych oraz w domach pomocy społecznej, jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka, która jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić lekarza.

Osoba z zaburzeniami psychicznymi przebywająca w szpitalu psychiatrycznym lub w domu pomocy społecznej ma prawo do porozumiewania się bez ograniczeń z rodziną i innymi osobami, jej korespondencja nie podlega kontroli. O wypisaniu ze szpitala psychiatrycznego osoby przebywającej w tym szpitalu bez jej zgody postanawia ordynator, jeżeli uzna, że ustały przewidziane w ustawie przyczyny przyjęcia i pobytu.

Osoby wykonujące czynności wynikające z ustawy są zobowiązane do zachowania tajemnicy, a w dokumentacji nie utrwala się oświadczeń obejmujących przyznanie się do popełnienia czynu zabronionego pod groźbą kary.

Dla osoby przebywającej w szpitalu psychiatrycznym, na jej wniosek, sąd opiekuńczy miejsca siedziby szpitala ustanawia kuratora, jeżeli osoba ta w czasie pobytu w szpitalu potrzebuje pomocy do prowadzenia wszystkich swoich spraw albo spraw określonego rodzaju [6]. Kuratela ta ustaje z mocy prawa

z chwilą zakończenia pobytu w szpitalu psychiatrycznym osoby, dla której została ustanowiona [9].

Polska ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z 19 sierpnia 1994 roku jawi się jako ustawa ogólna mająca pozwolić państwu na realizację swych celów w dziedzinie zdrowia publicznego. Chodziło w niej o stworzenie podwalin współczesnego ustawodawstwa inspirowanego europejskimi standardami. Wciąż jednak wiele pozostaje do zrobienia, aby świadczyć jak najlepsze usługi pacjentom, za pomocą jak najlepszych działań prawa powszechnego oraz będąc świadomym realiów choroby psychicznej [21]. Możliwe to będzie jedynie wtedy, gdy osoby bezpośrednio zaangażowane w pracę z psychicznie chorymi odznaczać się będą wysoką kulturą osobistą i jasno sprecyzowaną hierarchią wartości. Cierpienie osób psychicznie chorych stawia przed bliskimi konieczność odpowiedzi na wiele pytań – czym ono jest, co jest jego źródłem i jaki ma sens? Jak się wydaje, początkowo cierpienie jest tylko pytaniem „dlaczego?". Jest rodzajem buntu, braku zgody, rodzajem skargi. Jest też wtedy absolutną samotnością: zanurzony w bolesnym „dlaczego?", odwrócony od świata i ludzi, człowiek cierpi sam i nie znajduje dla swego cierpienia żadnego wytłumaczenia.

Lukas twierdzi, że człowiek nie cierpi z powodu sytuacji naturalnej, w jakiej się znajduje, ale z powodu braku jej sensu. Cierpi nie przez to, że nie zaspokaja swoich potrzeb, ale dlatego, że nie znajduje dla tego braku żadnego uzasadnienia [20].

Frankl zaś podkreśla, że tylko o człowieku można powiedzieć, że jest cierpiący. Cierpieć bowiem to zajmować postawę wobec tego, co się w życiu przydarza i co jest bolesne, a zarazem nie podlegać losowi i nie być przez ten los kształtowanym do końca, wyrastać ponad ten los i samemu go kształtować. Przy takim rozumieniu ludzkiego cierpienia wcale nie paradoksalnie brzmi *credo* Frankla, które czyni przewodnim dla swej terapeutycznej praktyki. Mówi ono, że zadaniem lekarza terapeuty jest nie tyle pozbawiać ludzi cierpień, ile uczyć cierpienia znosić [20].

Nie wydaje się możliwe, by można było kogoś nauczyć postawy akceptacji cierpienia i aby można było wskazać mu sens, jaki w nim tkwi. Jest raczej tak, że człowiek sam, cierpiąc, musi do tej postawy dorastać; postawa ta zawsze jest związana z jakąś osobistą decyzją i z osobistym zawierzeniem. Nigdy też nie można przewidzieć, jak człowiek zachowa się w konkretnej sytuacji wywołującej jego ból, słabość, chorobę czy smutek. Nie wiadomo, co musi się tak naprawdę w człowieku stać, aby mógł się wznieść ponad swój pierwotny ból, swoją rozpacz, swój pierwotny smutek i lęk. To zaś jak człowiek cierpi, ma wpływ na całe jego życie. Ten, kto odkrywa w cierpieniu sens – nadaje sens całemu życiu i przemienia cały świat na lepsze [20].

W chorobach psychicznych problemem jest znalezienie przyczyny cierpienia, a przyglądając się im, dostrzegamy przede wszystkim ich bezsens – gdyż lęki, smutki, wrogość, przerażenie i dziwaczne zachowania chorego wydają się niczym nieuzasadnione. Dziwi nas, gdy ktoś kilka godzin myje ręce, żeby nie zarazić się chorobą weneryczną, gdy zabezpiecza się przed wpuszczeniem przez





sąsiadów „trującego gazu" przez dziurkę od klucza. Jeśli ktoś to robi i cierpi – budzi w obserwatorze zdumienie i niecierpliwość oraz pytanie „dlaczego?". Na takie „dlaczego?" nie uzyskamy odpowiedzi – chory nie rozumie samego siebie. Takie pytania krępują go – unika ich. Myśląc i czyniąc bezsensownie, tracąc kontrolę nad sobą, traci wiarę w sens swojej egzystencji. Rodzina uruchamia postawy obronne. Jak długo się da, nie zauważa choroby, kładąc dziwactwa chorego na karb źle ukształtowanego charakteru.

Sam chory niełatwo komunikuje otoczeniu swoje potrzeby i słabości. Często nie potrafi ich rozeznać albo rozpaczliwie, z obawy przed etykietą człowieka drugiej kategorii, ukrywa przed samym sobą i przed otoczeniem słabość i bezradność wobec dziejących się w nim przemian. Sygnalizuje cierpienie w sposób bardziej akceptowany społecznie, tj. jako cierpienie ciała. Szuka pomocy u internisty, neurologa lub w ostrym stanie lękowym pojawia się w izbie przyjęć szpitala w celu wykonania EKG lub wykluczenia jakiejś groźnej choroby, jak rak czy AIDS.

Choroba psychiczna – a więc sytuacja zagrożenia i to zagrożenia niejasnego dla samego chorego – wyzwala postawę egocentryczną niezależnie od rodzaju zaburzenia. Skupiając się na cierpieniu, człowiek mimo woli zaprzestaje komunikacji z otoczeniem innej niż sygnalizacja cierpienia i wołanie o pomoc. Ta izolacja jest także spowodowana poczuciem małej wartości, zbyt małej atrakcyjności, żeby kogoś do siebie przyciągnąć, rodzi się z poczucia porażki w próbach kontaktu z otoczeniem, z lęku przed konfrontacją swoich marzeń o sobie z rzeczywistością.

Chorzy psychicznie, tak jak wszyscy, stają wobec zagadnień losu i bytu człowieka, wobec śmierci i wieczności, a osoby religijne również wobec zbawienia albo potępienia, nieba lub piekła. Przeżywają swoją unikalną drogę do Boga, która jest często pełna niepokoju, moralnych skrupułów, lęku przed śmiercią, obawy przed wiecznym potępieniem.

W spotkaniu z pacjentem osoba pomagająca – przykładowo psychiatra – nie ma za sobą społecznego poparcia, raczej imperatyw typu: „zrób z nim coś, bo nam zakłóca spokój". W pierwszej – najważniejszej dla relacji – chwili spotkania często myśli przede wszystkim o pacyfikacji chorego, a nie o jego poznaniu. Tymczasem to właśnie znajomość cierpienia stanowi o jakości relacji terapeutycznej. Przeżywając cierpienie człowieka z zaburzeniami psychicznymi, przestajemy kłaść nacisk na klasyfikacje i podziały zaburzeń. Liczy się sytuacja pacjenta, jego los. Wtedy, poznając indywidualną historię jego życia, możemy zrozumieć zarówno sens jego cierpienia, jak i sens terapii [8].

## 4.2. Chory psychicznie a społeczeństwo

Wśród otaczających nas ludzi wielu potrzebuje pomocy, bo nie są w stanie samodzielnie uporządkować swoich myśli i wyrażać uczuć. Liczą na pomoc ze strony innych, którzy swoją wiedzą i kompetencją pozwolą na ponowne

wzbudzenie w nich motywacji oraz wiary do podjęcia działań mających na celu powrót do pełnej samoopieki i aktywności w społeczeństwie. Wydaje się, że osobami, które szczególnie odczuwają samotność, a jednocześnie potrzebują wsparcia i pomocy, są chorzy na oddziałach psychiatrycznych. Jedno ze źródeł, definiując chorego psychicznie, jako punkt wyjścia obiera stan zdrowia psychicznego, w którym wyszczególniono elementy stanowiące normę dla zdrowego psychicznie. Należą do nich: „(...) prawidłowy rozwój inteligencji, prawidłowa reakcja emocjonalna, umiejętności przeciwstawiania się stresom, zdolność adaptacji do sytuacji" [11]. Na podstawie tej definicji wysunięto następujące wnioski: „o chorobie lub zaburzeniu psychicznym człowieka będziemy mogli mówić, kiedy jeden lub więcej z wymienionych czynników będzie w poważnym stopniu zaburzonych" [11].

K. Dąbrowski, analizując zaburzenia psychiczne, „wyszedł" od normy człowieka dojrzałego i zdrowego psychiczne, a według niego: „(...) dojrzały psychicznie to ten, kto nabywa właściwości przystosowawczych do wymagań i warunków otoczenia i jest podobny w głównych przejawach zachowania do innych, wie, czego chce, jest samodzielny, kieruje się głównie popędami i rozsądkiem, jest zrozumiały dla innych" [6]. Kiedy chory traci powyższe zdolności, to zdaniem tego autora, określony zostaje jako chory psychicznie.

Według innych specjalistów, chory psychicznie to osoba, która: „jest pod opieką psychiatrów, sama deklaruje się jako psychicznie chora, szanowani członkowie danej społeczności twierdzą, że dane zachowanie reprezentuje określony stopień złego przystosowania, psychiatra lub psycholog kliniczny stawia diagnozę zaburzenia psychicznego. Wyniki uzyskiwane przez osobę odbiegają w określonym stopniu od norm wyznaczonych dla grupy uznanej za normalną, zachowanie osoby zwraca uwagę, jako odbiegające od norm akceptowanych społecznie przez większość innych członków danej społeczności" [28].

Powołując się na ustawę o ochronie zdrowia psychicznego, czytamy, że osoba z zaburzeniami psychicznymi to osoba „chora psychicznie (wykazująca zaburzenia psychotyczne), upośledzona umysłowo, wykazująca inne zakłócenia czynności psychicznych zaliczane do zaburzeń psychicznych, a osoba ta wymaga świadczeń zdrowotnych lub innych form pomocy i opieki niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym lub społecznym" [26].

Choroba psychiczna należy do chorób specyficznych i trudnych do zdiagnozowania, ponieważ nikt nie ma zdolności wniknięcia w psychikę drugiego człowieka. Rozpoznanie stawiane jest w oparciu o bardzo dokładną analizę wypowiedzi i zachowania pacjenta. „Zjawisko psychiczne różni się zasadniczo od wszystkich innych tym, że dostępne jest spostrzeganiu tylko jednej osoby, mianowicie tej, która je przeżywa" [3].

Wzmożona obserwacja chorych towarzyszyła im od początku zdiagnozowania „chorób duszy", a miało to już miejsce przed naszą erą. Zaburzenia psychiczne, według ówczesnych medyków, należały do chorób wywołanych opętaniem, dlatego też stosowano różne metody w celu uwolnienia chorych spod władzy sił nieczystych. Najpowszechniejsze to głodzenie, polewanie zimną wodą, biczowanie, zakuwanie w kajdany, leczenie poprzez upusty krwi,





wirowanie i zamykanie w ciemnościach lub przyżeganie. Sposoby „leczenia" wynikały z braku świadomości i pogardy, jaką okazywano chorym. Traktowanie osób z zaburzeniami psychicznymi było bliskie traktowaniu przestępców. Skoro postępowanie z chorymi psychicznie wyglądało w ten sposób, trudno było oczekiwać jakiejkolwiek formy poprawnego komunikowania.

Sytuacja chorych zaczęła się zmieniać z nadejściem kultury śródziemnomorskiej. Zwrócono wtedy uwagę na konieczność badania myśli i rozmowę z chorym, natomiast przymus stosowano jako ostateczność i tylko przy użyciu rąk, a nie pasów. Jednak o prawa pacjentów psychiatrycznych zaczęto się starać później, znany program „otwartych drzwi" wprowadzony w Szkocji w 1875 roku i wystąpienie Pinela z hasłem uwolnienia z okowów i kajdan chorych psychicznie dały podwaliny do szerszego rozumienia kontekstu chorób psychicznych i zwróciły uwagę na prawa chorych z zaburzeniami psychicznymi [2]. Pinel zdołał przekonać niektórych współczesnych, pośród nich nawet ludzi dzierżących władzę, że „krępowanie i pozbawianie wszelkiej swobody często szkodzi i nader mało ma wspólnego z leczeniem" [12]. Od tego momentu można mówić o historii psychiatrii współczesnej. Okres drugiej wojny światowej to przykład „czystek" w społeczeństwie, jakie czynili Niemcy w ramach pozbywania się jednostek nieprzydatnych i niepełnosprawnych, a do takiej grupy zaliczali chorych psychicznie [2, 14]. Schizofrenia uważana była za chorobę degeneracyjną, którą należy wyeliminować ze społeczeństwa, (...) „dlatego uruchomiono program sterylizacji osób ze schizofrenią przed drugą wojną światowa i w czasie jej trwania" [1].

Postawę społeczeństwa wobec chorych psychicznie cechuje dystans i obawa, często towarzyszy niepokój związany z nieprzewidywalnymi reakcjami pacjentów. „Pojęcia: choroba psychiczna i chory psychicznie zarówno z historycznej, jak i ze współczesnej perspektywy występują w świadomości społecznej w szeregu negatywnych konotacjach i stereotypach" [4].

Wszystkie te negatywne opinie i towarzyszące im emocje są wynikiem nieznajomości jednostek chorobowych, a także tabu, które istnieje wobec tego zagadnienia, bo wydaje się, że lepiej na ten temat nie rozmawiać. Uprzedzenia względem chorych psychicznie niejednokrotnie trudno wytłumaczyć. Ciekawe, że inni chorzy, którzy wymagają hospitalizacji, np. z powodu grzybic o ciężkim przebiegu, którymi można się zarazić, nie powodują negatywnych emocji i zdziwienia, w przeciwieństwie do chorób psychicznych, którymi zarazić się nie można. „Ogólnie biorąc, tendencja do unikania kontaktów z osobą chorą psychicznie jest powszechna; dominującymi elementami w postawach większości ludzi wobec choroby psychicznej jest obojętność i podejrzliwość" [25].

Akceptowane przez otoczenie jest „chwilowe załamanie nerwowe", natomiast zdiagnozowanie choroby psychicznej powoduje wyłączenie ze społeczeństwa. Nawet w okresie remisji otoczenie patrzy na chorego przez pryzmat jego choroby w oczekiwaniu na nienormalne zachowanie. Etykieta chorego psychicznie towarzyszy mu przez całe życie, powodując gorszą samoocenę i utratę wiary w możliwości osiągnięcia maksymalnego komfortu życia z chorobą. Nadanie komuś etykiety powoduje, że osoba ta odbierana jest przez pryzmat

swojej „inności". Siła etykiety jest tak duża, że niezależnie od pełnienia roli i funkcji społecznej, chorzy psychicznie postrzegani są jako ludzie w pewien sposób niepełnosprawni. W tym wypadku chory staje się dewiantem, ponieważ jego zachowanie powoduje określone reakcje społeczeństwa [25]. Jeżeli nie są one negatywne, to przynajmniej obojętne. Życie chorego napiętnowanego społecznie jest bardzo trudne, zwłaszcza chorego psychicznie, bo „chory psychicznie ma przeciwko sobie chorobę, lęk przed otoczeniem oraz nieufność ludzi zdrowych" [12].

Przez tego rodzaju piętno rozumie się stan lub cechę, które określają jednostkę „jako nie do zaakceptowania pod względem kulturowym lub jako gorszą" [25]. Bardzo dokładnie sens powyższego zagadnienia oddają słowa: „Stygmatyzacja charakteryzuje się sprowadzeniem całej osobowości i wszystkich cech człowieka do jednego wymiaru związanego z jedną, dominującą cechą będącą stygmatem" [4].

Zaburzenia psychiczne traktowane są jako choroba wstydliwa, na którą nie wypada chorować, a hospitalizacja trzymana jest w największej tajemnicy przez rodzinę. Często szuka się możliwości, aby ze względu na brak tolerancji otoczenia umieścić chorego w placówce w innym mieście.

## 4.3. Kontakt z osobami chorymi psychicznie

Kontakt z chorymi psychicznie nie zawsze jest łatwy, gdyż obraz ich przeżyć oraz kontaktów z otoczeniem jest bardzo złożony i niejednoznaczny. Ich świat nie zamyka się w kręgu codziennych ludzkich spraw, a dotyczy raczej bardziej odległych dla człowieka i na co dzień niedoświadczanych problemów dotykających istoty bytu, dobra, zła, sensu życia, celu i przeznaczenia człowieka, a więc zagadnień będących dla filozofa tematem rozważań, a dla nich stanowiący często kwestię życia, dla której są gotowi cierpieć, a nawet oddać życie [20]. Odkrycie prawdziwego celu i sensu własnego istnienia oraz swojego prawdziwego oblicza, jakie dokonuje się na przykład w tzw. „olśnieniu schizofrenicznym", jest dla przeżywającego darem niezwykłej łaski i wówczas wszystko inne staje się bez sensu, natomiast dla otoczenia są to tylko urojenia chorego [16].

Zachowania ludzi chorych psychicznie często wydają się niezrozumiałe, a przez to nieakceptowane przez otoczenie, zwłaszcza jeśli wynikają z pobudek psychotycznych. Ci chorzy odznaczają się jednak swoistą wrażliwością, którą można określić jako podstawowy brak poczucia wewnętrznego bezpieczeństwa. Są przekonani, że nie mogą polegać na innych, gdyż są oni wrogo lub krytycznie do nich nastawieni i dlatego odczuwają lęk przed zbliżeniem się i zależnością od innych ludzi, ale równocześnie bardzo potrzebują tego kontaktu, często rozpaczliwie tęskniąc za bliskością drugiego człowieka. Poczucie własnej wartości u tych ludzi jest zwykle niskie, co dodatkowo ich uwrażliwia i czyni ich jeszcze bardziej zależnymi od otoczenia. Wiele uczuć rozgrywa się u nich początkowo na płaszczyźnie wewnętrznej, a uczucia te chory najczęściej stara się ukryć





przed otoczeniem za zasłoną przelotnych kontaktów czy konwencjonalną fasadą [13]. Później dołączają się typowe objawy psychotyczne, tj. urojenia, omamy czy halucynacje, i chory wówczas nie jest już w stanie utrzymać właściwego kontaktu z rzeczywistością. Zaczyna przypisywać innym własne fantazje i nieświadome uczucia, jednocześnie odbierając obecność i doznania innych osób bardzo mocno. Te wszystkie doznania i przeżycia, którym towarzyszy obezwładniający lęk, u chorego rodzą potrzebę izolacji i wycofywania się z życia społecznego. Dlatego bardzo trudno nawiązać głębszy kontakt z tymi ludźmi, wzbudzić u nich zaufanie, by mogli się „otworzyć" emocjonalnie i wyjawić innym swoje uczucia. Uwarunkowane jest to autentycznością i otwartością osoby starającej się nawiązać kontakt, a także akceptacją i samoakceptacją oraz empatycznym rozumieniem chorego. Na tych elementach powinno się opierać budowanie zaufania, będącego nie jednorazowym zdarzeniem, a procesem dającym podstawę do prawidłowego i efektywnego komunikowania się z ludźmi chorymi psychicznie [27]. Aby jednak w pełni zrozumieć i akceptować tego chorego, czyli być w stosunku do niego nastawionym pozytywnie, z życzliwością i troską, a przede wszystkim mieć szacunek dla jego indywidualności, trzeba umieć akceptować siebie samego. Samoakceptacja daje poczucie własnej wartości i wyjątkowości, pozwalając w pełni akceptować siebie i innych ludzi oraz być w stosunku do nich tolerancyjnym, przyznając im takie same prawa jak sobie. Rozwija ona również świadomość, a osiągnięcie wyższego stopnia świadomości „świata wewnętrznego", czyli świata uczuć, potrzeb, sił popędowych, ideałów i możliwości drzemiących głęboko w naszym wnętrzu, powoduje zrozumienie wielu spraw, które deformują nasz obraz siebie i obraz świata zewnętrznego [13].

Kontakt z własnymi uczuciami jest warunkiem bliskiego kontaktu z innymi ludźmi. Właściwe komunikowanie się osoby pomagającej z pacjentem chorym psychicznie niesie ze sobą konieczność takiego postrzegania i interpretowania reakcji chorego, by były one adekwatne do jego obiektywnych potrzeb, co umożliwi prawidłowe zrozumienie sytuacji, a w konsekwencji pozwoli na zastosowanie wobec pacjenta odpowiednich działań terapeutycznych. Rozwój tych relacji terapeutycznych z pacjentem powinien odbywać się poprzez:

- Odpowiednio zaplanowany czas na rozmowę z pacjentem w atmosferze spokoju, ciepła, poczucia bezpieczeństwa i w sposób nieprzerwany przez czynniki zewnętrzne, tj. hałas czy obecność osób trzecich. Każdy człowiek wytwarza wokół siebie specyficzną dla niego atmosferę, a osoba pomagająca powinna umieć wytworzyć wokół siebie taką atmosferę, która podziała uspokajająco na pacjenta, wzbudzi w nim zaufanie, pozwalając na otwarcie się i przekazywanie nawet najbardziej intymnych informacji.
- Odpowiednio dobierane tempo rozmowy z pacjentem w zależności od jego stanu psychicznego. W tonie głosu odczuwamy czyjąś serdeczność, wrogość, radość, smutek, lęk, agresję czy zmęczenie. Jedni pacjenci chętnie mówią o swoich dolegliwościach, przeżyciach, nastawieniach emocjonalnych, inni mówią z dużym oporem, odpowiadając lakonicznie, a jeszcze inni odpowiadają chętnie, ale mają trudności w wyrażaniu swoich prze-

żyć, ważąc każde słowo, by nie powiedzieć czegoś fałszywie, jeszcze inni milczą uparcie, wyrażając swój lęk czy wrogość [15]. Osoba pomagająca powinna znać i zastosować odpowiednie techniki komunikowania, używając ich w sposób świadomy i selektywny, aby zrozumieć treść wypowiedzi pacjenta oraz to, co przeżywa i jakie to budzi w nim emocje [27].

- Logiczne i konsekwentne prowadzenie rozmowy z chorym, gdyż różnorodność jego stanów psychicznych może powodować pewne utrudnienia w koncentracji, jasności myślenia, a tym samym w jego wypowiedziach. Zaburzona składnia, niezrozumiałość, zawiłość, niekonwencjonalne użycie słów, podążanie za przypadkowymi skojarzeniami, trudności w budowaniu zdań – te wszystkie cechy mowy chorych psychicznie są właśnie objawami ich zaburzonego myślenia [10]. Rozmawiając z chorym psychicznie, pomimo dużego treściowego i formalnego bogactwa jego wypowiedzi, można mieć problem z jej streszczeniem, nawet gdy rozumiemy poszczególne słowa i zdania, gdyż struktura logiczna tej informacji słownej rozpada się, pozostawiając luźne fragmenty niepowiązane w całość [15].
- Umiejętność dostrzegania, doceniania i uświadamiania pacjentowi jego wartości, zachęcanie go do wspierania samego siebie poprzez wykorzystanie w tym celu swoich zasobów, a także dawanie mu nadziei na możliwość pozytywnych zmian w jego przyszłym stanie psychicznym [27]. Zrozumienie różnych powiązań oraz pewnych nieprawidłowości zachodzących w jego myśleniu, uczuciach i aktywnościach pozwala mu na coraz lepsze poznanie siebie samego, wkraczając w ten sposób na drogę prowadzącą do pozytywnego rozwoju własnej osoby.
- Umiejętność wyodrębnienia i wrażliwość na indywidualne potrzeby pacjenta. Podczas właściwej i efektywnej komunikacji osoby pomagającej z pacjentem chorym psychicznie powinien on mieć możliwość w pełni zobaczyć swoje problemy, umieć je nazwać i zobiektywizować, czyli spojrzeć na nie jakby z pozycji zewnętrznego obserwatora.

Pacjenci chorzy psychicznie często nie odczuwają przepływu czasu, mają wrażenie, że czas stanął. W ostrych fazach choroby przeszłość, teraźniejszość i przyszłość skupiają się dla nich jakby w jednym punkcie, a odległe fragmenty przeszłości przeplatają się z marzeniami o przyszłości i zarazem są przeżywane jako teraźniejszość. W tak rozbitym porządku czasowym chorzy tracą poczucie własnej tożsamości i odwracając się od rzeczywistości, zamykają się w sobie, żyjąc z dnia na dzień, wycofują się z kontaktów z otoczeniem i zamykają się w świecie własnych przeżyć, chcąc ukryć własne doznania przed światem zewnętrznym. Do takich chorych przejawiających autystyczne oddalenie od innych ludzi i chłód emocjonalny bardzo trudno dotrzeć i nawiązać z nimi choćby nikłą więź emocjonalną. Wymaga to od osoby pomagającej nie tylko chęci zbliżenia się do chorego i pokonania dzielącego dystansu, ale przede wszystkim odpowiedniego podejścia do pacjenta, dostosowania treści i charakteru rozmowy do jego stanu klinicznego i psychicznego. Ważne jest także, by osoba pomagająca potrafiła zastosować takie techniki komunikowania, odpowiednie do danej sytuacji, aby nie wpływały one na pogłębianie czy utrwalanie zaburzonych sposobów myślenia chorego. Chcąc rozwijać prawidłowe komunikowanie terapeutyczne z pacjentem chorym psychicznie, osoba pomagająca musi więc świadomie wykorzystywać własne zachowania i w zależności od sytuacji chorego, stosować takie techniki, by w sposób selektywny pomagały realizować cel terapeutyczny poprzez następujące fazy tego komunikowania:





1. Faza zapoczątkowująca komunikowanie – faza, w której osoba pomagająca dostrzega pacjenta, zauważa zmiany w jego wyglądzie, zwraca uwagę na jego sposób zachowania, nawiązuje z nim rozmowę, uprzednio przedstawiając się i zwracając się do niego w formie zgodnej z jego życzeniem, oraz oferuje mu swoją obecność i chęć poświęcenia mu uwagi.
2. Faza podtrzymująca komunikowanie – to faza, w której osoba pomagająca stara się przekazać pacjentowi, że jest akceptowany oraz poprzez różne techniki komunikowania, tj. odzwierciedlenie, informowanie, powtarzanie sensu wyrażanej przez pacjenta myśli, potwierdzanie odbioru informacji czy milczenie w odpowiednim momencie, podtrzymuje kontakt z pacjentem. Zastosowanie tych technik umożliwia pacjentowi dokładne zrozumienie tego, co powiedział, nakłania go do refleksji i zachęca do podjęcia tematów, które go interesują, jak również stymuluje napięcie konieczne do ujawnienia ważnych informacji, uczuć czy emocji. Osoba pomagająca natomiast powinna rejestrować te wszystkie zarówno werbalne, jak i pozawerbalne komunikaty nadawane przez pacjenta, aby móc w odpowiedniej chwili je nazwać i wykorzystać do rozwoju kontaktu terapeutycznego.
3. Faza porządkująca komunikowanie – to faza, w której osoba pomagająca próbuje wyjaśniać niezrozumiałe znaczenie słów, zwrotów, myśli i wypowiedzi pacjenta, nadać im jasny sens, a także porządkuje zdarzenia, powtarzając wypowiedzi pacjenta i ukazując mu je w sekwencji czasowej, oraz wysuwa główne wątki poprzez wyeliminowanie nieistotnych szczegółów. Osoba pomagająca w ten sposób stara się uporządkować i uściślić wszelkie informacje uzyskane od pacjenta, a szczególnie te, które odnoszą się do jego świata przeżyć wewnętrznych, gdyż pozwoli to jej lepiej poznać i zrozumieć wewnętrzne potrzeby pacjenta. Dokonanie takiego podsumowania można również zasugerować pacjentowi.
4. Faza pogłębiająca komunikowanie – w tej fazie osoba pomagająca powinna zachęcać pacjenta do koncentracji i eksploracji swoich przeżyć, sposobu widzenia i rozumienia otoczenia, do opisu swoich obaw, lęków, a także doznań omamowych i urojeń. Stosując technikę werbalizacji, próbuje nazwać to, co pacjent sygnalizuje i implikuje, a jednocześnie dotrzeć do sedna tego, co tak naprawdę pacjent chce jej przekazać zarówno w swoich wypowiedziach, jak i swoim zachowaniem. W przypadku kiedy pacjent ma urojenia lub omamy, osoba pomagająca powinna podjąć próbę przybliżenia mu rzeczywistości poprzez opis swojego sposobu widzenia świata, czyli wskazać mu alternatywną możliwość postrzegania rzeczywistości. W tej fazie osoba pomagająca powinna również zaproponować pacjentowi, by współuczestniczył i współdziałał w relacjach, które pozwolą mu rozpoznać jego problemy, zastanowić

się nad nimi oraz wyznaczyć i przyjąć skuteczną drogę w kierunku ich rozwiązania [27].

Nawiązanie dobrego kontaktu z chorym psychicznie, dzięki któremu poczuje się on bezpieczny, zostanie wysłuchany, uzyska zrozumienie, wyjaśnienie, radę, a także pomoc w odreagowaniu negatywnych napięć i zmniejszeniu poczucia zagrożenia, jest bardzo ważnym elementem w przekonywaniu pacjenta o potrzebie leczenia, co nie jest łatwe przy charakterystycznym dla psychoz braku poczucia choroby. Dodając pacjentowi otuchy i okazując empatię oraz zrozumienie dla dręczących go uczuć, ułatwiamy mu emocjonalną adaptację do sytuacji, z którą musi się zmierzyć, a także pomagamy mu nawiązać głębszy, oparty na zaufaniu kontakt, który stanowi podstawę do wywierania na niego pożądanego wpływu, w tym między innymi nakłonienia go do podjęcia leczenia [19].

## PIŚMIENNICTWO


1. Alanem Y.O.: Schizofrenia, jej przyczyny i leczenie dostosowane do potrzeb. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 2000, 201.
2. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red): Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 2002, 2, 2-12.
3. Bilikiewicz T.: Psychiatria kliniczna. PZWL, Warszawa 1989, 3: 25.
4. Brodniak W.A.: Choroba jako przedmiot badań socjologicznych. Przegląd literatury światowej, Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna 1999, 17, 48-71.
5. Coulonjou M.: Hospitalizacja przymusowa a Europejska Konwencja Ochrony Praw Człowieka. [w:] A. Kowal (red.): Ustawodawstwo psychiatryczne we Francji i w Polsce. Wyd. Krakowski Szpital Neuropsychiatryczny im. J. Babińskiego, Kraków 1997.
6. Dąbrowski K. (red.): Zdrowie psychiczne. Wyd. HPWN, Warszawa 1981, 8-9.
7. Dąbrowski St., Kubicki L.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Przegląd ważniejszych zagadnień, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 1995.
8. Gołczyńska M.: Cierpienie psychicznie chorego. [w:] Psychoterapia 2004, 2, 31-45.
9. Gromek K.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego – komentarz. Dom Wydawniczy ABC, Warszawa 2004.
10. Hunca-Bednarska A.: Skojarzenia werbalne w schizofrenii. Wydawnictwo Czelej, Lublin 1997.
11. Janicki K. (red.): Domowy poradnik medyczny. PZWL, Warszawa 1998, 99.
12. Jarosz M.: Psychiatra i jego pacjent. PZWL, Warszawa 1980, 183, 230.
13. Jorsted J.: Zrozumieć siebie, zrozumieć innych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001.
14. Kępiński A.: Podstawowe zagadnienia współczesnej psychiatrii. PZWL, Warszawa 1978, 24-29.
15. Kępiński A.: Poznanie chorego. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
16. Kępiński A.: Schizofrenia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001.
17. Korzeniowski L., Pużyński S. (red.): Encyklopedyczny słownik psychiatrii. PZWL, Warszawa 1986.
18. Meder J.: Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.







19. Motyka M.: Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Wydawnictwo Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
20. Opoczyńska M.: Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej a stawanie się sobą. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
21. Parviz D.: Ustawodawstwo europejskie – przegląd krytyczny i perspektywy. [w:] A. Kowal (red.): Ustawodawstwo psychiatryczne we Francji i w Polsce. Wyd. Krakowski Szpital Neuropsychiatryczny im. J. Babińskiego, Kraków 1997.
22. Pużyński S., Wciórka J. (red.): Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne YESALIUS, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1998.
23. Pużyński S.: Problemy etyczne i prawne stosowania leków psychotropowych w świetle postanowień międzynarodowych. [w:] A. Kowal (red.): Ustawodawstwo psychiatryczne we Francji i w Polsce. Wyd. Krakowski Szpital Neuropsychiatryczny im. J. Babińskiego, Kraków 1997.
24. Skrzyński W.: Zaburzenia psychiczne – wybrane zagadnienia psychologii klinicznej, Wydawnictwo Naukowe MEDIUM, Warszawa 2004.
25. Sokołowska M.: Socjologia medycyny. PZWL, Warszawa 1986, 210.
26. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. (DzU Nr 111, poz. 535).
27. Wilczek-Rużyczka E.: Komunikowanie się z pacjentem chorym psychicznie. [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kulak, W. Panek (red.): Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 193-202.
28. Zimbardo P.G., Ruch F.L.: Psychologia i życie. PWN, Warszawa 1988, 442-443.

# SPECYFIKA KOMUNIKOWANIA SIĘ Z CHORYMI Z WYBRANYMI ZESPOŁAMI ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

## 5.1. Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami odżywiania

### 5.1.1. Charakterystyka zaburzeń

Anoreksja postrzegana jest jako choroba psychosomatyczna, łącząca w sobie objawy zaburzeń emocjonalnych, jak również somatycznych. W 1987 roku Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (DSM-III-R) uznało zarówno anoreksję, jak i bulimię, za zaburzenia w odżywianiu się i zaliczyło je do chorób zaburzeń charakterystycznych dla wieku rozwojowego, w których czynniki biologiczne, połączone ściśle z problemami psychologicznymi, są uważane za przyczynę zachorowania [27].

Kryteriami diagnostycznymi obecnie stosowanymi w rozpoznawaniu anoreksji są te, przyjęte przez ICD-10 (International Classification of Diseases), tj. Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych, która jest stosowana w psychologii klinicznej oraz w psychiatrii [16, 18].

W przypadku jadłowstrętu psychicznego kryteriami do rozpoznania są:

1. Utrata masy ciała, a u dzieci brak jej przyrostu, która prowadzi do osiągnięcia w skali BMI wyniku poniżej 17,5 lub do zmniejszenia masy ciała o 15% poniżej prawidłowej lub oczekiwanej, przy danym wieku i wzroście.
2. Intensywny lęk przed przyrostem masy ciała lub otyłością, mimo niedowagi przesadne postępowanie mające na celu zmniejszenie wagi.
3. Zaburzony sposób postrzegania (przeżywania) masy ciała lub jego wymiarów, przesadny wpływ wagi i wymiarów ciała na samoocenę albo negacja znaczenia aktualnej niskiej wagi ciała.

4. Zaburzenia endokrynne obejmujące wiele układów, u kobiet już miesiączkujących brak miesiączki przez kolejne trzy cykle lub jej niewystąpienie u dziewcząt dojrzewających. U mężczyzn mogą wystąpić zanik potencji oraz utrata seksualnych zainteresowań.

Należy także różnicować anoreksję z innymi schorzeniami mogącymi dawać podobne objawy, takimi jak [19]:

- choroba Addisona – mogąca objawiać się chudnięciem, utratą apetytu, nudnościami, wymiotami, ale w odróżnieniu od anoreksji poziom kortyzonu w surowicy jest niski;
- choroba nowotworowa – zwłaszcza ośrodkowego układu nerwowego, np. guzy podwzgórza, w których utrata masy ciała łączy się z objawami niedoczynności przysadki mózgowej, ale występują także zaburzenia widzenia (obrzęk tarczy nerwu wzrokowego);
- cukrzyca i nadczynność tarczycy – mogące prowadzić do spadku masy ciała, jednak towarzyszy im wzmożone łaknienie;
- choroba Crohna czy też choroba wrzodowa;
- choroby psychiczne (depresja, schizofrenia), w których przyjmowanie posiłków może być zaburzone lub zupełnie zaprzestane.

Klasyfikując zaburzenia łaknienia, można podzielić je na dwie podstawowe grupy [1, 35], tj. na specyficzne i niespecyficzne zaburzenia jedzenia. Anoreksja i bulimia zaliczane są do pierwszej grupy, natomiast w drugiej możemy wyróżnić m.in. otyłość oraz zespół nocnego objadania się.

Anoreksja może występować w postaci żarłoczno-bulimicznej (inaczej żarłoczno-wydalającej) lub restrykcyjnej (ograniczającej). Pierwszy typ charakteryzuje się okresowymi, regularnymi napadami objadania się i podobnie jak w bulimii, stosowaniem środków przeczyszczających, moczopędnych lub prowokowaniem wymiotów. Typ restrykcyjny jest natomiast typowy dla anoreksji, gdyż chora osoba ogranicza spożywane posiłki do minimum. W czasie trwania choroby nie dochodzi do epizodów niekontrolowanego objadania się lub charakterystycznych dla bulimii zachowań „wydalających" [19].

Ze względu na przebieg choroby możemy wyróżnić anoreksję o charakterze jednorazowym (inaczej epizodycznym), przewlekłym (średnim) – w którym przeplatają się okresy remisji i nawrotów, a także trwałym, który nie słabnie, a jego rezultatem jest śmierć pacjenta na skutek wycieńczenia organizmu [35].

W anoreksji bierze się pod uwagę zmiany fizyczne, chemiczne i psychiczne, które początkowo przejawiają się euforią, zadowoleniem z posiadania władzy nad własnym ciałem (ograniczanie jedzenia), zmieniające się w początkowym okresie w poczucie wyższości i bycia lepszym od innych. Jednak w późniejszej fazie pojawia się lęk połączony z odrzucaniem myśli o istniejącej już chorobie. Lęk ten związany jest głównie z mylnymi wyobrażeniami osoby chorej co do zbyt wysokiej zawartości kalorii w spożywanych posiłkach i w końcu przeradza się w stan depresji i obsesji [26]. Potwierdzają to również wyniki badań G. Iniewicz [15], wykazujące ścisły związek depresji z niezadowoleniem ze swojego ciała, jako efektu zaburzonej percepcji. Natomiast A. Popielarska





i M. Popielarska [27] uważają, że osoba chora unika pewnej odpowiedzialności za swoje postępowanie, a choroba jest przez nią wykorzystywana jako metoda pokazania światu i samemu sobie, że ma się nad czymś władzę, a mianowicie nad ciałem i fizjologicznym odczuwaniem głodu. Osoby chore na anoreksję, doprowadzając do wyniszczenia organizmu, przejawiają w ten sposób autoagresję i chęć popełnienia samobójstwa, ale może to być również forma agresji wymierzona w kogoś bliskiego. Dla nich stanowi to „korzyść psychiczną" ważniejszą niż chęć wyzdrowienia. Według autorek, jadłowstręt psychiczny świadczy o infantylizmie i odmowie dojrzewania, stania się dorosłym, odrzuceniu seksualności, kobiecości, odcinaniu się od odpowiedzialności, która wiąże się z dojrzewaniem, także płciowym, ale też o niechęci bycia „jak matka" (taką kobietą jak ona).

Silna identyfikacja ze wzorcami narzuconymi przez niektóre środowiska społeczne oraz poczucie, że tylko osiągnięcie wyglądu bliskiego ideałowi, kreowanego w mass mediach, pozwoli na bycie atrakcyjną, może stać się przyczyną wytworzenia u młodej osoby niskiej samooceny. Albisetti [2] twierdzi, że sama choroba świadczy o poczuciu niemocy i przeświadczeniu o niższości. Zwraca również uwagę na zaburzoną osobowość charakteryzującą anorektyczki, u których obraz zewnętrzny nie jest zgodny z przeżyciami wewnętrznymi. Wewnątrz chora jest impulsywna, niestała emocjonalnie, pełna konfliktów, agresywna, z tendencjami autodestruktywnymi i samobójczymi, natomiast otoczenie postrzega ją jako osobę perfekcyjną, raczej strachliwą. Wydaje się być pod stałą kontrolą innych (np. rodziców). Jest odbierana w przyjemny sposób, szczególnie od strony estetycznej.

Albisetti przedstawia anorektyczkę jako osobę odczuwającą ciągłe zagrożenie. Podświadomość w takiej sytuacji sama napędza mechanizm obronny, czyli zaprzeczanie istnieniu problemu, choroby. Osoba cierpiąca na anoreksję, aby ukryć objawy choroby oraz zachowania z nią związane, często posuwa się do kłamstw i odsuwa się od rówieśników, szczególnie od płci przeciwnej, co jest formą podświadomej obrony.

Natomiast Namysłowska, Paszkiewicz i Siewierska [26] przedstawiają osoby chore na anoreksję jako uzależnione od otoczenia, bo „są zadowolone z siebie i dumne tylko wtedy, gdy inni są z nich zadowoleni i dumni (...) w zachowaniu kierują się bardziej oczekiwaniami innych niż własnymi potrzebami, uczuciami i chęciami". Stają się jednak zamknięte na otoczenie. Nie chcą rozmawiać z najbliższymi, ukrywają swoje problemy.

Anoreksja nie jest chorobą jednostajną, ulega ona ciągłym zmianom, a jej nasilenia lub remisje mogą być spowodowane zmianami w życiu prywatnym osoby chorej, sposobem postrzegania siebie i innych oraz możliwościami radzenia sobie z problemami.

Osoby chorujące na anoreksję wymagają objęcia ich całościową opieką, gdyż zmienność choroby i jej podstępny charakter wymagają skupienia się na osobie cierpiącej oraz obserwacji tej osoby. Ponieważ jest to choroba psychosomatyczna, należy szukać jej przyczyn w sferze psychicznej, gdyż mają one wiodący wpływ na wystąpienie anoreksji. Jednak często, z uwagi na wyniszczenie or-

ganizmu, priorytetowym zadaniem zespołu terapeutycznego jest utrzymanie chorej w kondycji fizycznej i w miarę normalne funkcjonowanie, a w późniejszym czasie dopiero wdrożenie leczenia psychoterapeutycznego.

Abraham i Llewellyn-Jones [1] podkreślają wagę współpracy pacjentki podczas terapii. Stwierdzają, że aby móc osiągnąć pełny sukces w leczeniu chorej na anoreksję, należy uświadomić jej, że cierpi na zaburzenia odżywiania, jak również że dalsze pogłębianie się choroby może zaburzyć jej styl życia, być groźne dla jej zdrowia, a nawet życia. Podkreślają ważność gotowości pacjentki do podjęcia leczenia i zmian w stylu odżywiania, ponieważ nie samo uzyskanie odpowiedniej masy ciała jest sukcesem, ale jej utrzymanie. Zwracają także uwagę, by chora zrozumiała, że zaburzenia odżywiania są wynikiem zaburzeń w sferze psychicznej i że tylko współpraca z terapeutą może pomóc poznać ich przyczyny.

Komunikowanie się z osobą cierpiącą na jadłowstręt ma podstawowe znaczenie w leczeniu somatycznym i rzutuje na jego wyniki. Tylko szczery kontakt, zdobycie zaufania chorej i uważne słuchanie tego, co ma nam do powiedzenia, pozwalają na dokładne opisanie czynników mających wpływ na powstanie i rozwój choroby [2].

Specyficzne zachowania osób chorych na anoreksję, mające na celu ukrycie objawów choroby, czy brak zaufania w stosunku do otoczenia powodują zaburzenie komunikacji, co utrudnia pomyślny przebieg psychoterapii. Nawiązanie prawidłowej komunikacji wymaga od osoby pomagającej czasu, empatii i szczerej chęci, by poznać problemy chorej, a przede wszystkim pomóc w zrozumieniu emocji, które kierują jej zachowaniem.

### 5.1.2. Zalecane techniki komunikowania

Zalecane techniki komunikowania się z pacjentem z zaburzeniami odżywiania:

- budowanie zaufania poprzez okazanie empatii i zainteresowania;
- aktywne słuchanie;
- parafrazowanie;
- werbalizacja;
- odzwierciedlenie uczuć i emocji oraz klaryfikowanie;
- identyfikowanie mocnych stron;
- zaproponowanie prowadzenia przez chorą „dziennika nastrojów";
- zwracanie uwagi na pozytywne emocje i zmiany w zachowaniu;
- kierowanie myślenia chorej na pozytywne emocje;
- rozmowa o uczuciach, jakie powodują agresję u chorej;
- pomoc w odreagowaniu przykrych emocji;
- wyjaśnianie;
- rozpoznanie czynników wpływających na niską samoocenę;
- zwracanie uwagi na pozytywne emocje i osiągnięcia chorej;
- wzmacnianie poczucia bycia wartościowym;





- zachęcanie chorej do brania udziału w zajęciach grupowych i terapii zajęciowej;
- wsparcie emocjonalne.

## 5.2. Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami depresyjnymi

### 5.2.1. Charakterystyka zaburzeń

W terminologii psychiatrycznej pojęcie depresji jest zawężone do specyficznego zespołu objawów, w których obniżenie nastroju jest istotnym, ale nie jedynym elementem. W czasie epizodu depresyjnego nasilenie dolegliwości wywołuje tak wielkie cierpienie, że pociąga za sobą zachowania zagrażające dobru jednostki doprowadzając do jej nieprzystosowania społecznego, utrudniając jej rozwój oraz uniemożliwiając normalne funkcjonowanie. Depresja jest indywidualnym dramatem dla każdego pacjenta, tak jak pisał prof. Kępiński: „chory depresyjny przyzwyczaja się do ciemności swego świata. Pełna kolorów jasność dnia razi go i drażni (...). Jak człowiek długo przebywający w ciemności mruży oczy, gdy wyprowadza się go na światło dzienne, tak i chory w depresji zamyka się w sobie i wycofuje, gdy otoczenie stara się go wprowadzić w wir normalnego życia" [22].

Taki stan najczęściej wymaga fachowej pomocy. Ważne więc jest, aby zdać sobie sprawę, czym naprawdę jest depresja, jakie są jej etiologia i objawy oraz jakie tragiczne konsekwencje może mieć dla chorego [8]. Zastanówmy się więc, jaki właściwie jest, co odczuwa i co myśli człowiek pogrążony w depresji.

Osoba cierpiąca na to zaburzenie może prezentować całą gamę symptomów. Kontinuum nasilenia zaburzenia jest szerokie i zawiera w sobie zarówno ciężkie doznania psychotyczne, halucynacje, urojenia, jak i umiarkowane zniechęcenie do aktywności z nieokreślonymi skargami na złe samopoczucie. W bogactwie doznań pacjenta udaje się jednak wyodrębnić zawsze występujące elementy wspólne. Przyjrzyjmy się więc bliżej opisywanym przez specjalistów [4, 6, 14, 28] głównym objawom depresji.

W obrazie klinicznym depresji dominuje przede wszystkim obniżenie nastroju, odczuwane przez pacjentów jako stan przygnębienia, rezygnacji, smutku. Chory nie jest w stanie przeżywać radości, szczęścia, satysfakcji. Niekiedy u osoby depresyjnej powstaje uczucie zobojętnienia, szczególnie bolesne dla pacjenta, kiedy jest związane z jego reakcjami na najbliższe osoby. Na depresyjny smutek nie mają wpływu doświadczenia zewnętrzne. Dlatego też próby wyrwania chorego ze stanu, w którym się znajduje, poprzez dostarczanie mu rozrywek czy aktywizowanie najczęściej kończą się niepowodzeniem. Co więcej, mogą powodować u pacjentów poczucie niezrozumienia, osamotnienia i braku wsparcia. U osoby cierpiącej na depresję następuje również osłabienie tempa

procesów psychicznych i ruchu. Obniżenie napędu psychoruchowego przejawia się spowolnieniem tempa myślenia, występowaniem u chorych zaburzeń pamięci i koncentracji uwagi oraz problemów z podejmowaniem decyzji. Pojawia się również u nich spowolnienie ruchów lokomocyjnych prowadzące niekiedy do całkowitego zahamowania ruchowego (osłupienia). Zaburzeniom psychomotorycznym towarzyszy odczucie zmęczenia i znużenia. U niektórych osób zaburzenia napędu mogą przybierać formę niepokoju ruchowego i pobudzenia. Depresja o takim obrazie klinicznym wiąże się z dużym ryzykiem samobójstwa. Kolejnym objawem depresji jest zaburzenie rytmów biologicznych. Szczególną wagę dla diagnozy i terapii tej choroby mają zaburzenia rytmu snu i czuwania. Możemy wyodrębnić dwie postacie tego typu zaburzeń: hiposomnię (zmniejszanie ilości snu nocnego, wczesne budzenie się, sen płytki i przerywany) oraz hipersomnię (większa potrzeba snu, zwiększona ilość snu nocnego, senność w ciągu dnia). Oprócz tego u pacjentów dochodzi do dobowych wahań nastroju i aktywności (najgorsze samopoczucie występuje w godzinach porannych, wieczorem nastrój się poprawia) oraz do zaburzeń hormonalnych. U chorych pojawiają się również objawy somatyczne. Pacjenci depresyjni skarżą się najczęściej na uporczywe zaparcia, spadek ciśnienia krwi, bradykardię, wysychanie błony śluzowej jamy ustnej, bóle i zawroty głowy, utratę łaknienia oraz zmniejszenie masy ciała. Ważną cechą depresji jest lęk – symptom nieuwzględniony w kryteriach diagnostycznych obecnych systemów klasyfikacyjnych ICD-10 i DSM IV. Jednak praktyka kliniczna wykazała, że obniżonemu nastrojowi w depresji często towarzyszy lęk wolno płynący o falującym nasileniu. Pacjenci są spięci, mają poczucie zagrożenia. Kolejny objaw to depresyjne zaburzenia myślenia. U pacjentów dominuje negatywna ocena własnej osoby, patrzą oni na siebie jak na istotę bezwartościową, będącą tylko obciążeniem dla swoich bliskich. Niska samoocena często wiąże się z ogromnym poczuciem winy i grzechu. Pacjenci negatywnie oceniają także świat, otoczenie uznawane jest przez nich za nieprzyjazne, niebezpieczne. Dodatkowo chory depresyjny widzi swoją przyszłość jedynie w ciemnych barwach, traktuje ją jako pasmo niekończącego się cierpienia i nieszczęść. To wszystko wywołuje u pacjentów przytłaczające poczucie beznadziejności, które jest jedną z przyczyn prób samobójczych.

Konsekwencją wszystkich wymienionych wcześniej symptomów depresji jest kolejny jej objaw – zaburzenie aktywności. Chory izoluje się od świata, stara się unikać towarzystwa innych ludzi, zrywa nawet bardzo bliskie relacje interpersonalne. Powoduje to coraz szybciej postępujący zanik jego aktywności zawodowej i społecznej. Pacjenci są krytyczni w stosunku do swojej choroby i ta świadomość sprawia, że jeszcze dotkliwiej przeżywają własną bezradność. Pogłębiające się zniechęcenie do życia sprzyja powstawaniu myśli, ruminacji i prób samobójczych.

Poglądy na temat depresji ewoluowały przez długi czas, co naturalnie znalazło odzwierciedlenie w próbach odpowiedniej klasyfikacji tych zaburzeń psychicznych. Determinantą podziału staje się założenie teoretyczne dotyczące samej choroby.





Depresja jest chorobą o złożonej i wieloczynnikowej etiologii; u każdego pacjenta może mieć uwarunkowania zarówno psychologiczne, jak i społeczne czy biologiczne.

I tak biorąc za punkt wyjścia rodzaj czynnika przyczynowego (klasyfikacja nozologiczna), wyróżniamy depresje reaktywne (gdy największy udział ma czynnik psychogenny), depresje endogenne (spowodowane przez biologiczne, wewnątrzpochodne czynniki) i depresje somatogenne (spowodowane organicznymi uszkodzeniami centralnego systemu nerwowego lub innymi chorobami somatycznymi) [9].

W klasyfikacji symptomatologicznej bierzemy pod uwagę kliniczny obraz choroby. Na podstawie opisywanych objawów choroby porządkowane są różne zaburzenia depresyjne. Na takim podejściu oparte są dwa główne współczesne systemy klasyfikacyjne: DSM, czyli system klasyfikacyjny używany w psychiatrii amerykańskiej [28] – aktualnie obowiązująca jest jego czwarta wersja, oraz ICD. System ICD zostanie omówiony bardziej szczegółowo, ponieważ jest to klasyfikacja obowiązująca również w Polsce. ICD-10 to ostatnia opublikowana (w 1992 roku) wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Przyczyn Zgonów [28]. W ICD-10 opisano trzy podstawowe objawy depresji: obniżenie nastroju, utratę zainteresowań, zmniejszoną energię oraz objawy dodatkowe – m.in. poczucie winy, spadek szacunku do własnej osoby, zaburzenia snu, obniżenie koncentracji uwagi i pamięci oraz myśli i tendencje samobójcze. Aby rozpoznać depresję, należy stwierdzić określoną liczbę przedstawionych symptomów, które występują przez okres co najmniej dwóch tygodni.

ICD-10 wyróżnia następujące zespoły chorobowe: epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające (epizody depresji nawracają w przebiegu choroby), zaburzenia afektywne dwubiegunowe (fazy depresji występują na przemian z fazami manii) oraz uporczywe zaburzenia nastroju – dystymię (w tym przypadku objawy depresji nie są bardzo nasilone i upośledzające, ale utrzymują się przewlekle przez dłuższy czas – około 2 lat). Objawy depresji można odnaleźć również w przebiegu innych zaburzeń psychicznych, na przykład w organicznych zaburzeniach nastroju, schizofrenii i nerwicy [28, 29].

Kontakt z chorym depresyjnym wymaga od osoby pomagającej taktu, cierpliwości, a przede wszystkim zrozumienia dla bezradności ogarniającej pacjenta. Ta bezradność i brak sił wewnętrznych odbierają wszelką aktywność w codziennych działaniach człowieka. Komunikująca się z pacjentem depresyjnym osoba pomagająca musi wykazać autentyczny stosunek do podopiecznego, zaangażowanie w jego sytuację i chęć udzielenia pomocy. „Trzeba mieć dużo wyobraźni i zdolności wczuwania się, by wejść w świat depresyjny" [20]. Jest to zatem nic innego, jak tylko umiejętność empatii. Komunikując się z pacjentem, warto wyciszyć emocje, a swoim wewnętrznym spokojem i towarzyszeniem mu zapewnić poczucie bezpieczeństwa oraz umożliwić wypowiedzenie się na nurtujące tematy. Ponieważ chory depresyjny ma trudności z przetwarzaniem informacji, dlatego komunikaty od osoby pomagającej powinny być proste, bo – jak pisze Kępiński – „w głębokiej depresji nie można prowadzić z chorym długich rozmów (...) nie jest on w stanie nieraz wypowiedzieć słowa" [22].

Twierdzi również, że w kontakcie z chorym niedopuszczalne jest zmuszanie go do analizy przyczyn, smutku i lęków. Pocieszanie chorego i rozsnuwanie przed nim wizji lepszych dni oraz szybkiej poprawy nie jest zachowaniem terapeutycznym, podobnie jak i rozweselanie, bo takie działanie jest przyczyną głębszej depresji. Umacnia natomiast chorego w przekonaniu, jak bardzo jest on niezrozumiany i samotny. Wykazanie zainteresowania choremu, poświęcenie mu trochę czasu i towarzyszenie w milczeniu są podstawowymi zachowaniami pozwalającymi na powrót do życia takiego jak przed chorobą. Oczywiście nie przytłaczajmy go zbyt dużą liczbą pytań, bo dla chorego stanowi to dodatkowe obciążenie. W relacji z takim chorym na pierwszy plan wysuwa się kontakt emocjonalny, podkreślony niewerbalnym komunikowaniem. Gest i spojrzenie mogą dać choremu poczucie, że nie jest sam. A ponieważ podopiecznemu najbardziej chodzi o świadomość bycia przy nim innej osoby, dlatego poczucie, że jest otoczony opieką, serdecznością i empatycznym podejściem w jego trudnej sytuacji, przywraca mu pewność siebie, a tym samym zmniejsza przygnębienie [22].

Aby zminimalizować ryzyko samobójstwa u pacjenta depresyjnego, należy – według A. Kokoszki [24] – stosować następujące zachowania terapeutyczne:

- Stałe dążenie do rozumienia problemów zgłaszanych przez pacjenta jako objawów choroby wywołujących cierpienie. Celem interwencji powinno być jego ograniczenie. Tendencje samobójcze w depresji są wynikiem poczucia bezsilności wobec cierpienia i związanych z nim problemów oraz braku nadziei na znalezienie lepszego wyjścia z sytuacji. Należy pamiętać, że chorzy przeżywają rzeczywiste cierpienie, mimo że jego przyczyną są psychopatologicznie zniekształcone spostrzeganie, myślenie i odczuwanie. Objawy psychiczne wynikają z procesu chorobowego i nie należy oczekiwać, że ustąpią one pod wpływem tłumaczenia chorym, że są one wytworem ich przeżyć.
- Dążenie do stworzenia choremu poczucia bezpieczeństwa i zwiększenia zdolności samokontroli. W depresji dochodzi do utraty wewnętrznej równowagi i zakłócenia kontroli nad własnymi odczuciami.
- Dążenie do rozpoznania i zrozumienia przyczyn pogorszenia zdolności chorego do samokontroli i unikanie oceniania jego zachowań. Pomocna jest również gotowość do wysłuchania skarg i relacji chorego, a także wczucie się w jego stan emocjonalny i uwzględnienie tych emocji w rozumieniu przeżyć i zachowań chorego.
- Akceptacja okresowej niesprawności chorego. Nie należy oczekiwać szybkiego uspokojenia chorego. Rady w rodzaju „wszystko będzie dobrze" świadczą o braku zdolności wczucia się w stan osoby chorej.

Chory szuka poczucia bezpieczeństwa, a jego źródłem może być osoba zachowująca spokój, ale aktywna i zdecydowana. Osoba, która zachowuje spokój wewnętrzny i rozwagę w zachowaniu, komunikuje pośrednio, że wie, jak rozwiązać problem, przez co budzi zaufanie i przywraca poczucie bezpieczeństwa. Docenienie znaczenia ogólnej postawy pomagającego i roli komunikacji niewerbalnej jest więc nieodzownym elementem terapii.





### 5.2.2. Zalecane techniki komunikowania

Zalecane techniki komunikowania się z pacjentem z zaburzeniami depresyjnymi:

- bycie otwartym, autentycznym, empatycznym i akceptującym;
- postrzeganie pacjenta i oferowanie siebie;
- aktywne słuchanie;
- milczenie terapeutyczne;
- dostrzeganie zmian;
- skoncentrowanie się na tym, co przeżywa pacjent;
- zachęcanie do opisu przeżyć;
- poświadczenie;
- klaryfikowanie;
- odzwierciedlenie uczuć i emocji;
- redukcja nierealistycznych obaw;
- identyfikowanie mocnych stron;
- udzielanie informacji zwrotnych;
- wspieranie;
- budowanie nadziei.

## 5.3. Komunikowanie się z chorym z zaburzeniami lękowymi

### 5.3.1. Charakterystyka zaburzeń

Badania nad epidemiologią zaburzeń lękowych nie są łatwe, co odzwierciedla się w stosunkowo niewielkiej liczbie doniesień na ten temat. Na tę trudność składają się różne czynniki, a badania ograniczają się do populacji pacjentów poszukujących pomocy u psychiatry i lekarzy innych specjalności. W psychiatrii przez długi czas statystyki obejmowały najczęściej jedynie pacjentów hospitalizowanych, a chorzy z zaburzeniami nerwicowymi zawsze stanowili wśród nich niewielki odsetek osób istotnie cierpiących z powodu lęku. Badania epidemiologiczne pacjentów z tymi zaburzeniami leczonych ambulatoryjnie również często nie spełniają kryteriów rzetelności i trafności z następujących względów [32]:

- Tacy pacjenci często nie trafiają do lekarza, uważając swoje dolegliwości za rodzaj słabości, którą należy pokonywać samemu. Dotyczy to szczególnie zaburzenia lękowego uogólnionego. Być może tego rodzaju tendencja, zwłaszcza u mężczyzn, wpływa na różnice płci obserwowane w tym zakresie.

- Pacjenci z zaburzeniami lękowymi trafiają najczęściej nie do psychiatry, ale do lekarzy pierwszego kontaktu i innych specjalności (kardiologów – zwłaszcza pacjenci z lękiem napadowym), gastrologów, reumatologów (najczęściej z powodu somatycznych objawów lęku uogólnionego).
- Problemy diagnostyczno-klasyfikacyjne, z jednej strony wynikające z różnych tradycji diagnostycznych, a z drugiej strony wiążące się z naturalnym przebiegiem zaburzeń nerwicowych, które mają często, zwłaszcza w początkowym okresie choroby albo też przy mniejszym nasileniu objawów, postać zaburzeń mieszanych.

Za najbardziej miarodajne wyniki dotyczące występowania poszczególnych zaburzeń lękowych uważane są badania epidemiologiczne na populacjach ogólnych. Dane te jednak również podlegają pewnym zafałszowaniom w zależności od stosowanych metod badawczych (np. kwestionariusze objawów lub dane dotyczące korzystania z usług medycznych) i od okresu obejmowanego pytaniem (występowanie objawów w ciągu całego życia czy np. tylko ostatniego roku). Metody te są nadal doskonalone, a stosuje się je dopiero od kilkunastu lat. W interpretacji wcześniejszych danych trzeba też uwzględniać nowe klasyfikacje psychiatryczne.

Choć przy interpretacji danych należy pamiętać o powyższych zastrzeżeniach, z większości badań epidemiologicznych wynika, że zaburzenia lękowe są często spotykane i że występują w podobnych proporcjach w różnych kulturach. Występowanie napadów paniki o nasileniu zbyt słabym lub o częstotliwości zbyt małej do rozpoznania zaburzenia lęku napadowego stwierdzono w ciągu 6 miesięcy u 3% populacji ogólnej, a w ciągu całego życia – u 5,6% badanych. Powtarzającą się w badaniach cechą jest brak ścisłego rozróżnienia napadów paniki niespełniających kryteriów tego zaburzenia i tych jej napadów, które owe kryteria spełniają. Odrębny problem epidemiologiczny stanowią zaburzenia mieszane depresyjno-lękowe. Współwystępowanie objawów z obu grup jest tym większe, im bardziej łagodne są objawy. W badaniach wykonanych na populacji ogólnej wśród osób spełniających kryteria diagnostyczne zaburzeń lękowych 28% również spełniało kryteria zaburzeń depresyjnych łagodnych, a dalsze 21% – zaburzeń depresyjnych o znacznym nasileniu.

Lęk jest reakcją przystosowawczą lub odpowiedzią na bezpośrednie niebezpieczeństwo, konflikt lub stres. Natomiast lęk wtórny stanowi objaw innych zaburzeń somatycznych lub psychiatrycznych. W diagnostyce lęku przydatny jest jego podział na cztery typy [11]:

1. Lęk jako reakcja przystosowawcza lub odpowiedź na bezpośrednie niebezpieczeństwo, konflikt lub stres.
2. Izolowany lęk związany z określonym bodźcem, mający niewspółmiernie duże natężenie i prowadzący do unikania kontaktu z budzącymi zagrożenie bodźcami, co ma miejsce w fobiach.
3. Lęk pierwotnie autonomiczny, niezwiązany, przynajmniej przez pewien czas, z żadnymi wyraźnymi warunkami, co występuje w napadach paniki i lęku endogennym.





4. Lęk wtórny występujący jako objaw innych zaburzeń somatycznych i psychiatrycznych.

Komunikowanie się z pacjentem w lęku należy rozpocząć od zebrania informacji na temat psychologicznych okoliczności jego wystąpienia u tej osoby i jego diagnozowania, które można realizować według następujących kryteriów:

**I. Wykluczenie podłoża somatycznego.**

Stosunkowo częste somatyczne przyczyny lęku to:

- choroby układu krążenia (np. zagrażający zawał serca, napadowa przedsionkowa tachykardia, zator tętnicy płucnej);
- choroby endokrynologiczne (np. nadczynność tarczycy, guz chromochłonny nadnerczy);
- reakcja anafilaktyczna;
- hipoglikemia;
- hipoksja;
- hipowolemia (np. krwotok wewnętrzny);
- zespół abstynencyjny (np. alkoholowy, z odstawienia benzodiazepin);
- stany majaczeniowe;
- zatrucia (np. amfetamina, kofeina);
- zespół psychoorganiczny.

**II. Wykluczenie, że lęk jest objawem ubocznym stosowanych leków.**

**III. Wykluczenie, że dolegliwości zgłaszane przez pacjenta są objawami zaburzeń nastroju (depresji lub manii) lub schizofrenii, zaburzeń typu schizofrenii lub urojeniowych.**

**IV. Ocena związku lęku ze stresującymi problemami:**

A. Ewidentny związek:

- naturalna reakcja na chorobę;
- zaburzenia adaptacyjne;
- ostra reakcja na stres;
- zaburzenia stresowe pourazowe.

B. Brak prostego związku:

- zaburzenia lękowe uogólnione;
- zaburzenia lękowe z napadami lęku (lęk napadowy);
- zaburzenia lękowe w postaci fobii;
- zaburzenia obsesyjno-kompulsywne;
- zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane;
- inne zaburzenia nerwicowe.

W przypadku stwierdzenia wtórnego lęku należy podjąć odpowiednie działanie ukierunkowane na jego przyczyny (leczenie choroby somatycznej, psychicznej, korekta farmakoterapii powodującej lękowe objawy uboczne). W pozostałych przypadkach powinno się podjąć wstępne interwencje psycho-

terapeutyczne, a w razie ich niezadowalających efektów rozpocząć leczenie farmakologiczne.

Mówi się, że lęk jest jednym z najbardziej przykrych objawów. Taki atak lękowy pozostawia w chorym ślad w psychice. Znając podstawy psychiatrii, wiadomo, że „lęk, jak powstał, tak i mija bez uchwytnej przyczyny" [21]. Niedopuszczalne jest zatem zbagatelizowanie przez osobę pomagającą odczuć chorego. Jego lęk jest bowiem wszechobecny, a chory ma poczucie zagrożenia, które występuje ze wszystkich stron. Dlatego tak ważne jest poczucie bezpieczeństwa, a „w ataku lękowym obecność drugiego człowieka zwykle przynosi ulgę" [20].

Osoba pomagająca, wykazując zainteresowanie stanem chorego, zachęca go do opisu przeżyć. W zaufaniu podopieczny przekaże wszystkie swoje doznania. Jest to dla niego korzystne, ponieważ uświadamia sobie swoje lęki. W takim kontakcie można również zachęcać do porównań. To wszystko pozwoli na zebranie informacji, w jakich okolicznościach pojawiają się ataki lękowe. Towarzysząc choremu w lęku zauważa się jego bezradność, słabość, a zwrócenie się do lekarza lub pielęgniarki świadczy o wzmożonej potrzebie kontaktu i zainteresowania z osobą, która jest w stanie mu pomóc. Podopieczny przyjmuje postawę dziecka. Chce, aby za niego przejąć inicjatywę działania i pokierować nim. „Stąd gorączkowe szukanie oparcia w kimś silniejszym" [21]. Obecność pielęgniarki jest może nawet bardziej pożądana niż lekarza, a wynika to z faktu ciągłego towarzyszenia choremu na oddziale. Zaufana osoba pomagająca swoją empatyczną postawą i tolerancyjnością komunikuje choremu, że rozumie jego sytuację. Spokojny ton głosu, spojrzenie lub dotyk dłoni mogą w znacznym stopniu obniżyć poziom lęku, ponieważ jest to „namacalny dowód" obecności drugiego człowieka.

Chory w lęku opisuje swoje doznania, osoba pomagająca zatem musi wykazać się aktywnym słuchaniem. Werbalizacja tego, co usłyszała, pozwala choremu jeszcze raz zastanowić się nad przeżywanymi uczuciami i być może ukierunkować na źródło i okoliczności powstawania lęku. Stanowi także formę interpretowania wypowiedzi chorego. Niemniej jednak należy mówić o tym, co powiedział pacjent, unikając własnych interpretacji na dany temat. Momentem, który może niwelować lęk, jest nawiązanie przez chorego stosunku uczuciowego z otoczeniem. Stąd korzystnie wpływa świadomość życzliwej osoby, opiekuna. Generalnie pomocą dla chorego jest obecność pielęgniarki wyrozumiałej, ale jednocześnie opanowanej i pewnej swojego działania. Jest to ważne, bo nic nie działa gorzej na pacjenta, jak świadomość bliskości osoby, która nie jest mu w stanie pomóc. Kiedy minie atak lękowy, pielęgniarka również pozostaje w kontakcie z chorym, informując o swojej pomocy. Zapewnia warunki do wypoczynku lub snu, a kiedy chory powróci do dawnej dyspozycji, rozmawia z nim o sposobach redukcji lęku i zachęca do oswajania się z czynnikami, które mogą predysponować do powstania lęku.

Chory z silnym lękiem może wzbudzić podobne uczucia u osoby pomagającej. Dlatego w kontakcie z takimi pacjentami przydatne są samoobserwacja i samokontrola. Bezradny wobec irracjonalnego lęku chory może denerwować





innych ludzi. Niepokój osoby pomagającej może z kolei potęgować lęk chorego. W celu zapewnienia terapeutycznego kontaktu pomocne są:

- Cierpliwość i spokój. Dzięki spokojnemu i zdecydowanemu działaniu osoby pomagającej pacjent nabiera zaufania do jej kompetencji oraz przekonania, że dolegliwości mogą być zdiagnozowane i odpowiednio leczone. Spokojna postawa redukuje niepokój chorego i umożliwia uniknięcie pomyłek, jakie zdarzać się mogą w trakcie działania w pośpiechu.
- Aktywność i zdecydowanie. Chory w silnym niepokoju wymaga zdecydowanej postawy, która stwarza mu poczucie bezpieczeństwa. Okazując niezdecydowanie i niepewność, a zwłaszcza bezradność, osoba pomagająca potęguje niepewność chorego.
- Chęć zrozumienia chorego. Empatia, czyli umiejętność wczucia się w sytuację pacjenta, wyobrażenie sobie, co on czuje, zakomunikowanie pacjentowi (czyli zwerbalizowanie tego, co dzieje się w jego emocjach) gotowości niesienia pomocy i sposobu rozwiązania problemów.
- Wysłuchanie i uwzględnienie tego, czego chce pacjent. Kontakt jest znacznie łatwiejszy, gdy pacjent widzi, że jego zdanie się liczy i że osoba pomagająca stara się nawiązać z nim dialog.

## 5.3.2. Zalecane techniki komunikowania

Zalecane techniki komunikowania się z pacjentem z zaburzeniami lękowymi:

- wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa;
- oferowanie siebie;
- okazanie empatii i zrozumienia;
- wyjaśnienie;
- konfrontacja;
- zachęcanie do opisu przeżyć;
- zachęcanie do porównań;
- wzmacnianie obrazu siebie;
- ułatwienie odreagowania przykrych emocji;
- aktywne słuchanie;
- konfrontowanie;
- parafrazowanie;
- odzwierciedlenie;
- werbalizowanie.

# 5.4. Komunikowanie się z pacjentem agresywnym

## 5.4.1. Charakterystyka zaburzeń

Agresja i przemoc występują najczęściej na tzw. zamkniętych oddziałach psychiatrycznych, w których leczeni są pacjenci z ostrymi psychozami. Agresja ma najczęściej miejsce rano, ponad 30% incydentów występuje pomiędzy godziną 6.00 a 9.00. Bardzo mało incydentów agresji zdarza się w nocy, kiedy większość pacjentów śpi. Najczęściej mają one miejsce w pokoju dziennego pobytu i jadalni, rzadko w pomieszczeniu terapii zajęciowej. Czas posiłków i okresy, kiedy pacjenci są zgromadzeni razem bez ściśle ukierunkowanej aktywności, prowokuje ich do zachowań agresywnych. Wielu autorów podkreśla znaczenie zatłoczenia oddziałów psychiatrycznych jako czynnika przyczyniającego się do występowania incydentów agresji [25].

Zachowania agresywne pacjenta na oddziale mogą wynikać z różnych przyczyn, m.in. z konieczności pozostania w nim wbrew sobie, trudności z zaakceptowaniem decyzji o pobycie w szpitalu, adaptacji do otoczenia i innych pacjentów. Bardzo często zachowania agresywne wynikają z wcześniejszych przeżyć chorego, jego warunków dorastania i wychowania w środowisku rodzinnym. Są one także obroną przed przeżyciami psychotycznymi albo urojeniami, które każą im widzieć wrogów we wszystkich lub niektórych osobach z personelu czy też innych pacjentach, którzy kogoś im przypominają.

Zachowania agresywne i impulsywne stanowią ważny element obrazu klinicznego zaburzeń psychicznych: schizofrenii, chorób afektywnych, zespołu obsesyjno-kompulsyjnego, zaburzeń odżywiania, zaburzeń lękowych, a także zaburzeń osobowości. Łączą się one ze specyficzną aktywacją lub dezaktywacją ośrodków mózgu, związanych z kontrolą i powstawaniem emocji i impulsów, takich jak jądra podstawy mózgu, szczególnie jądra migdałowate, wzgórze, hipokamp oraz ośrodki korowe, w szczególności kora przedczołowa i orbitofrontalna.

Do najważniejszych przyczyn i okoliczności sprzyjających agresji można zaliczyć:

**I. Agresja jako skutek zaburzeń psychicznych**

Agresja może występować w następujących grupach zaburzeń psychicznych:

- zaburzenia osobowości;
- zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych;
- zaburzenia w przebiegu chorób somatycznych, zaburzenia organiczne i upośledzenie umysłowe;
- zaburzenia zachowania;
- zaburzenia preferencji seksualnych;
- zaburzenia adaptacyjne i dysocjacyjne;





- zaburzenia afektywne, czyli nastroju, zaburzenia psychotyczne z kręgu schizofrenii i zaburzenia urojeniowe.

**II. Zaburzenia osobowości**

Bardzo często agresorzy są diagnozowani jako osoby z zaburzeniami osobowości. Zachowanie takie jak drażliwość, wybuchy złości, zaczepność, dokuczanie innym, ciągłe prowokowanie do walki, sprzeciwianie się, uogólniona rywalizacja i wrogość uważane są za przejaw cech osobowości, a w znacznym nasileniu – zaburzeń osobowości. „Wrogość" jest zachowaniem potocznie utożsamianym z „agresją" i uważanym za patologiczne. Wiąże się to z przeświadczeniem, że człowiek zdrowy jest z natury dobry i życzliwy dla otoczenia, a dążenie do bezinteresownego szkodzenia komuś jest zaburzeniem.

Sprawcy przemocy często pochodzą z rodzin, w których występował problem przemocy, przy czym albo oni sami jej doświadczyli, albo byli jej świadkami – pomiędzy rodzicami. Mężczyźni – sprawcy przemocy wobec partnerek manifestowali: niską samoocenę, słabo ukształtowany obraz siebie, niski poziom kontroli impulsów, wyznawali często tak zwane tradycyjne wartości i tradycyjny podział ról w związku na kobiece i męskie. Przy próbie komunikacji sprawcy przemocy jawią się jako osoby, które szybko osiągają wysoki poziom frustracji i złości, mogą reagować impulsywnie z zastosowaniem przemocy wskutek łatwej aktywacji agresji. Mówi się też o ich skłonności do uzależnień od substancji psychoaktywnych, zachowaniach manipulacyjnych, labilności nastroju.

**III. Zaburzenia spowodowane stosowaniem substancji psychoaktywnych**

Wśród tego typu zaburzeń wiodącą rolę odgrywa alkohol, aczkolwiek mechanizm uaktywnienia przez niego działań agresywnych nie został dotąd wyjaśniony. Alkohol, działając bezpośrednio na mózg, wywołuje liczne zespoły chorobowe i zaburzenia zachowania, a pośrednio jest przyczyną schorzeń somatycznych. Obraz kliniczny związany ze stosowaniem substancji psychoaktywnych może być bardzo bogaty: od ostrych zatruć, poprzez zatrucia przewlekłe i uzależnienia, zespół abstynencyjny, aż po zaburzenia zachowania, nastroju, osobowości, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia świadomości, otępienia i najróżniejsze inne późne następstwa stosowania tych substancji.

**IV. Zaburzenia w przebiegu chorób somatycznych, zaburzenia organiczne i upośledzenie umysłowe**

Jest to grupa zaburzeń, których przyczyna tkwi w czynnikach fizjologicznych, a które mogą się manifestować objawami psychopatologicznymi. Istnieje szereg chorób somatycznych, które mogą bezpośrednio wpływać na stan psychiczny osób chorych – jak chociażby zaburzenia endokrynologiczne czy choroby układu krążenia. Także choroby tkanki mózgowej, zapalenia, guzy czy urazy mózgu oraz upośledzenie umysłowe wpływają na psychikę. Cała ta grupa chorób może mieć bezpośredni wpływ na zachowanie lub też może dawać odległe następstwa w postaci zaburzeń procesów poznawczych czy zaburzeń osobowości. Ich przyczyny zatem wymagają diagnozy i leczenia. Należy pa-

mniętać, że wśród sprawców przemocy duża grupa miała uraz mózgu czy też mikrouszkodzenia tkanki mózgowej. Badania neurofizjologiczne wykazują często dysfunkcję kory czołowej i skroniowej u sprawców przemocy. Te pola są odpowiedzialne za regulację zachowania i kontrolę impulsów. Ich uszkodzenie może wiązać się z łatwiejszym uruchamianiem zachowań agresywnych.

### IV. Zaburzenia zachowania

U sprawców przemocy spośród zaburzeń zachowania najistotniejsze są zaburzenia nawyków i popędów, a przede wszystkim zaburzona kontrola impulsów. Tego rodzaju zaburzenia mogą być związane z przyczynami organicznymi, z uzależnieniami, z wzorcami zachowania wyniesionymi z rodziny pierwotnej lub też z innymi uwarunkowaniami. Sprawcy przemocy mają zaburzoną kontrolę impulsów – w tym wypadku impulsów agresywnych.

### V. Zaburzenia preferencji seksualnych

Dotyczą przede wszystkim sprawców seksualnego wykorzystywania dzieci oraz gwałtów w związkach partnerskich. Z psychiatrycznego punktu widzenia należy uwzględnić pedofilię i sadomasochizm, chociaż homoseksualizm, oglądactwo i ekshibicjonizm – zwłaszcza wobec dzieci – mogą też odgrywać istotną rolę.

### VI. Zaburzenia adaptacyjne i dysocjacyjne

Sprawcy przemocy to osoby, które wykazują niezwykle silne pobudzenie emocjonalne w kontaktach z ludźmi. Często też nie mają zdolności ekspresji emocji i efektywnego porozumiewania się, a zatem są niezdolni do zachowań asertywnych. Sytuacje konfliktowe mogą ich skłaniać do stosowania mniej efektywnych sposobów rozwiązywania problemów, jak zastraszanie czy słowna i fizyczna przemoc. Pary, których dotyczy przemoc, mają tendencję do ciągłego omawiania pewnych tematów, postrzeganych przez nie jako bardzo ważne i za wszelką cenę dążą do rozwiązania problemu, co przy kłopotach z porozumieniem się także może prowadzić do użycia przemocy. W funkcjonowaniu społecznym sprawców przemocy obserwuje się zaburzenia adaptacyjne. Izolacja społeczna jest czynnikiem skorelowanym ze wszystkimi formami przemocy domowej i agresorzy często izolują się społecznie, gdyż mają trudności z tworzeniem i utrzymaniem sieci wsparcia społecznego, co zwiększa oczywiście podatność na stresy i uniemożliwia ich społecznie akceptowane rozładowywanie. Reakcja na ostre i przewlekłe sytuacje stresowe – także w związku z wyżej wymienionymi innymi zaburzeniami – może wiązać się u tych osób z ujawnieniem się zachowań agresywnych. Agresywnym zachowaniom sprzyja też dysproporcja w zarobkach partnerów, w ich poziomie wykształcenia, pozycji społecznej, przynależności do różnych ras lub wyznawanie odmiennych ideologii.





### VII. Zaburzenia afektywne

Zaburzenia agresywne występują u osób w stanie maniakalnym lub hipomaniakalnym, które z powodu braku dystansu między sobą a otoczeniem mogą z jednej strony narażać się na agresję innych, a z drugiej same zachowywać się agresywnie. Następna grupa to osoby, które mogą przejawiać agresję w przebiegu depresji, zwłaszcza tak zwanej depresji z pobudzeniem. Zaburzenia nastroju nieosiągające poziomu psychotycznego, na przykład cyklotymia i dystymia, mogą także prowadzić do omawianych zaburzeń zachowania.

### VIII. Zaburzenia psychotyczne z kręgu schizofrenii i zaburzenia urojeniowe

Zachowania agresywne występują ponadto u osób z tak zwanymi objawami wytwórczymi, czyli urojeniami, a więc zaburzeniami myślenia, oraz halucynacjami, czyli zaburzeniami postrzegania. Z powodu choroby osoby te często zachowują się dla nas niezrozumiale i dziwacznie, mogą przejawiać zachowania agresywne. Choroba może uniemożliwić im rozpoznanie znaczenia czynu agresywnego lub powstrzymanie agresywnego zachowania. Należy liczyć się z występowaniem zaburzeń psychicznych u sprawców przemocy w rodzinie. Zawsze trzeba uwzględnić problem interpersonalnego, społecznego i socjokulturowego kontekstu przemocy.

Do codzienności opieki psychiatrycznej należą przypadki, kiedy pacjent psychiatryczny zachowuje się w sposób zagrażający jemu samemu, innym chorym lub fachowemu personelowi. Reakcje na niebezpieczne zachowania sprowadzają się zwykle do unieruchamiania podopiecznego, izolacji od innych osób i aplikowania środków farmakologicznych. Nie wolno bowiem dopuścić do tego, aby agresja pacjenta spowodowała trwałe negatywne skutki w postaci kolejnego uszczerbku na jego stanie zdrowia, poważnych strat materialnych czy wyrządzenia szkód innym osobom. Trzeba sobie jednak szczerze powiedzieć, że chociaż tego typu reakcje są często rozwiązaniem koniecznym, to na pewno nie optymalnym. Każda forma przymusu jest daleka od terapeutycznej misji psychiatrii. Doświadczenie przemocy od fachowych opiekunów często niszczy już osiągnięte efekty stabilizacji zdrowia psychicznego. Z drugiej zaś strony należy sobie zdawać sprawę, że osoba pomagająca, która postrzega swój pobyt w pracy jako stałe zagrożenie własnego bezpieczeństwa i zdrowia, będzie w miarę upływu czasu coraz gorzej traktować pacjentów, widząc w nich – mniej lub bardziej świadomie – własnych wrogów.

W tych trudnych sytuacjach szczególnie potrzebny jest pełny profesjonalizm w obchodzeniu się z agresywną chorą psychicznie osobą. A ten pełny profesjonalizm oznacza, że nie można ograniczać się tylko do reagowania na bezpośrednie sytuacje kryzysowe. Z równym naciskiem należy także traktować profilaktykę i późniejsze przepracowanie negatywnych epizodów, które miały miejsce.

Pielęgniarki psychiatryczne, opiekunowie pacjenta psychiatrycznego i inni fachowo pomagający zajmujący się tą grupą podopiecznych – jak choćby terapeuci zajęciowi – muszą zdawać sobie sprawę, że wielu spośród ich podopiecznych będzie skłaniało się ku przemocy i agresji.

Agresja i przemoc były, są i będą elementem psychiatrycznej codzienności. To nie ulega najmniejszej wątpliwości. Natomiast w znacznym zakresie jesteśmy w stanie wpływać na formę, długość trwania i konsekwencje takich zdarzeń. Eksplozja agresji u pacjenta bardzo rzadko pojawia się nagle i nieoczekiwanie. Agresywne zachowanie pacjenta jest zwykle poprzedzone nasilonym stresem. Muszą przy tym zaistnieć jednocześnie trzy strukturalne elementy:

1. Bieżące uwarunkowania doprowadziły do wytworzenia się u pacjenta szeregu frustracji, które wywołały reakcję łańcuchową.
2. Przeciążenie obowiązkami i przepracowaniem sprawiło, że personel nie był w stanie optymalnie realizować strategii terapeutycznych i opiekuńczych.
3. Doszło do nieszczęśliwego zbiegu okoliczności, to znaczy jakiś najczęściej banalny czynnik stał się kroplą, która przelała dzban lub mówiąc mniej obrazowo – bezpośrednim katalizatorem wybuchu agresji. Przykładem może być brak rozmowy z pielęgniarką, która nie miała czasu dla pacjenta, bo musiała zastępować chorą koleżankę, albo odwołanie zapowiedzianej wizyty żony, a niekiedy chociażby niesmaczny posiłek.

Fachowy personel jest w znacznej mierze odpowiedzialny za to, czy i na ile podopieczny stanie się pacjentem agresywnym. Odpowiedzialność tę trzeba uważać za integralny element sprawowania opieki nad pacjentem psychiatrycznym. Pamiętając o tym, fachowo pomagający wytwarza w sobie wrażliwość na dostrzeganie zmian zachodzących w osobowości chorego psychicznie. Najnowsza literatura psychiatryczna zwraca uwagę, że osoby chore psychicznie nie są osobami szczególnie agresywnymi czy bardziej niż osoby zdrowe skłonnymi do przemocy.

Autorzy dowodzą, że procesy socjalne zachodzące w instytucji psychiatrycznej i klimat tam panujący mają w tym zakresie o wiele większe znaczenie niż sama zdiagnozowana jednostka chorobowa. Istnieją oczywiście wyjątki – i tak na przykład mężczyźni ze schizofrenią paranoidalną są rzeczywiście wybitnie agresywni.

Największym problemem w kontaktach z pacjentami psychiatrycznymi nie jest sam fakt ich agresywnych zachowań, lecz przeradzanie się tego rodzaju sytuacji w zaawansowane i groźne konflikty. Mało który chory ucieka się od razu do rękoczynów i innych form czynnej przemocy. Jeśli nie jest to pacjent z organicznym uszkodzeniem mózgu lub jeśli nie znajduje się aktualnie w fazie ostrej paranoi – zwykle można bez trudu zaobserwować stopniową eskalację zachowania, którego dopiero ostatnim etapem jest czynna agresja. Należy z całym naciskiem podkreślić, że przemiana niesprawiającego większych kłopotów chorego psychicznie pacjenta w osobę groźną dla siebie samej i dla otoczenia ma w większości przypadków charakter procesualny i trwa przez pewien czas. W tym procesie rozwoju agresji wyróżnia się cztery fazy:

**Faza I** – Agresja objawia się w formie niewerbalnego naruszania granic. Na przykład pacjent pokazuje mimiką swoje lekceważenie, daje do zrozumienia, że zalecenia osoby pomagającej nie mają dla niego żadnego znaczenia itd.





**Faza II** – Pacjent sięga ku przemocy werbalnej, której treścią są zwykle różnego rodzaju groźby, wypowiadane w sposób mniej lub bardziej „parlamentarny".

**Faza III** – Pacjent kieruje swoją agresję przeciwko rzeczom, na przykład usiłuje zdemolować pokój.

**Faza IV** – Pacjent atakuje czynnie personel, innych chorych lub popada w autoagresję.

Powyższe cztery fazy mają oczywiście etapy pośrednie. I tak za sygnały narastającego zagrożenia agresją należy uznać:

- nietypowe dla tego pacjenta głośne mówienie, operowanie trybem rozkazującym, względnie posługiwanie się wyłącznie superlatywami nieprzystającymi do aktualnej sytuacji;
- pasywny opór, sprzeciw i wszelkiego rodzaju zachowania, które należy zinterpretować jako stawianie ultimatum;
- łamanie dotychczas obowiązujących reguł komunikacyjnych; chory nie dopuszcza, aby jego opiekun wypowiedział się do końca; wyraźnie nie słucha tego, co mamy mu do powiedzenia; próbuje nawiązać luźną konwersację z innymi obecnymi osobami, choć wie, że właśnie teraz jest adresatem wypowiedzi fachowo pomagającego;
- łamanie regulaminu oraz innych obowiązujących w placówce reguł i ustaleń, posługiwanie się logiką faktów dokonanych; obserwujemy zachowanie przeczące dotychczasowej lojalności pacjenta i już osiągniętemu poziomowi współpracy z lekarzem, opiekunem czy pielęgniarką;
- uszkadzanie wyposażenia pomieszczeń, w których przebywa chory;
- próby zastraszania personelu;
- elementy krótkotrwałej przemocy – uderzanie, drapanie, popychanie innych osób.

Za poważne ostrzeżenie należy uznać stan pacjenta, w którym zachowuje się on tak, jak gdyby nie dochodziły do niego bodźce zewnętrzne. Chory nie reaguje na słowa, siedzi bez ruchu wpatrzony w jeden punkt. Psychiatra określa ten stan mianem wewnętrznej fragmentacji – ten człowiek nie jest w stanie odnieść swego postrzegania do realności. Znajduje się w stanie przypominającym nasłuchiwanie, a jednocześnie odczuwa lęk. Jeśli teraz jakiś impuls zostanie przez pacjenta błędnie zinterpretowany, dojdzie do niekontrolowanej reakcji. Tego rodzaju odcięcie się od zewnętrznego świata skutkuje najczęściej agresją werbalną i czynną. Ponieważ mamy do czynienia z osobą chorą psychicznie, musimy zdawać sobie sprawę, że może ona cechować się przewrażliwieniem, nadmiernym niepokojem i lękiem także w wielu zwykłych, typowych, dobrze jej znanych sytuacjach. Wszystko może być potraktowane przez chorego jako zagrożenie, przed którym trzeba się bronić – a wtedy pojawi się agresja.

Wspólnym mianownikiem wszystkich symptomów w fazie ich największego nasilenia jest maksymalne pobudzenie pacjenta. Maksymalne to znaczy takie, że w krytycznym momencie nie możemy wywierać na niego wpływu nawet najlepiej prowadzoną komunikacją werbalną. Rozkręcającą się spiralę agresji trzeba zatrzymać najszybciej jak się tylko da. Oczywiście sprawy nie

należy uważać za całkowicie załatwioną, bo akurat udało się nam uspokoić chorego znajdującego się w stanie silnego wzburzenia emocjonalnego. Często po epizodzie nasilonej agresji następuje wyciszenie, coś w rodzaju fizycznego wyczerpania. Ponieważ jednak pacjent dopiero co podlegał nieuporządkowanym i niekontrolowanym emocjom, na pewno nie zdążył w tak krótkim czasie osiągnąć ich całkowitego ustabilizowania. W każdej chwili kryzys może wybuchnąć na nowo – i pacjent na przykład zaatakuje opiekuna, choć zdawało się, że wszystko jest już pod kontrolą.

Zasadą profesjonalnej pomocy powinno być jak najrzadsze uciekanie się do rozwiązań siłowych wobec pacjenta psychiatrycznego. Siłowe „uspokajanie" chorego to sytuacja szkodząca wszystkim: i pacjentowi, i świadkom tych zdarzeń, i w niemałym zakresie również personelowi. U chorego psychicznie następuje zaostrzenie symptomów chorobowych.

Przypadkowi obserwatorzy zajścia odbierają je jako silnie traumatyzujące. U personelu zaś może wystąpić polaryzacja postaw, polegająca na identyfikowaniu się z rolą sprawcy lub ofiary. Przymus czy wręcz przemoc stosowane wobec chorych powszednieją, stają się „normalnymi" elementami życia placówki, co oczywiście nie sprzyja kierowaniu chorych ku pozytywnym, prozdrowotnym zachowaniom. Zajmując się pacjentami psychiatrycznymi, potrzebujemy zatem efektywnych strategii eskalacyjnych.

Musimy wiedzieć, co robić w przypadku osób, u których agresja i posługiwanie się przemocą są czymś wyjątkowym, a tym bardziej jeśli mamy do czynienia z pacjentem uznanym za szczególnie agresywnego i chętnie używającego przemocy. Zwłaszcza tym trudnym podopiecznym trzeba umieć przekazać jednoznacznie i autentycznie informację, że żaden z członków personelu medycznego i opiekuńczego nie życzy sobie agresji i nie będzie jej tolerował. Wiadomość ta musi wyrażać się w stylu realizowania codziennych obowiązków. Jasne wytyczenie granic odbywa się nie tylko poprzez stanowcze odcięcie się od wszelkich prób zachowań agresywnych podejmowanych przez pacjenta, ale także dzięki osobistemu preferowaniu takiego działania wobec chorego, w którym stosowanie przymusu jest naprawdę wyjątkiem.

Zagrożenie agresją ze strony pacjenta psychiatrycznego można redukować na wiele sposobów, np. uspokajać za pomocą metod stosowanych w interwencji kryzysowej oraz przy nagłych i ostrych przypadkach. Zmierzamy do tego, by stan pobudzenia emocjonalnego pacjenta zastąpić przywróceniem mu zdolności do prowadzenia komunikacji. W związku z tym zadbajmy przede wszystkim o zminimalizowanie bodźców pobudzających pacjenta do agresywnego zachowania. Wyeliminowanie tego rodzaju elementu czy elementów czyni stres mniej kompleksowym. Pacjent ma mniej powodów, aby nie panować nad swoim zachowaniem. Oczywiście nie polega to na produkowaniu prostych uspokajających słów, lecz na natychmiastowym odniesieniu się do aktualnego problemu chorego człowieka. Pacjent powinien zauważyć, że nie pojawiamy się przy nim po to, aby go zneutralizować, lecz w celu niesienia konkretnej, wymiernej pomocy.





Jeśli podopieczny jest mocno zdenerwowany, rozdrażniony, jeśli nie potrafi się kontrolować, wówczas wyraźnie informujemy go, że możemy porozmawiać, gdy tylko będzie czuł się na siłach do podjęcia takiej rozmowy. Niektóre źródła zalecają, aby w przypadku ostrego kryzysu i dużego zagrożenia w interweniującej grupie fachowo pomagających znalazła się osoba znana choremu, a zajmująca szczególne miejsce w lokalnej hierarchii społeczności. Wielu chorych zauważa wtedy, że rzeczywiście sytuacja nabrała wyjątkowego charakteru, a więc trzeba się nieco opanować. Ale i wtedy należy dołożyć wysiłku, aby podopieczny odniósł wrażenie, że ci ludzie zjawili się przy nim po to, aby go odciążyć, a nie pokonać. Trzeba zwracać uwagę na sposób komunikowania się z pobudzonym podopiecznym, na używane w tej komunikacji słowa i zwroty.

Niekiedy wypowiadanie zbyt wielu słów albo zbyt szybkie tempo wypowiedzi prowadzą do wzmocnienia u pacjenta postaw konfrontacyjnych – a to w wyniku niepewności, niepokoju, lęku, poczucia zagrożenia. Zaleca się tłumaczenie wyraźnym głosem pacjentowi, co i dlaczego będziemy teraz robili. Jeśli słowa pokrywają się z czynami, jeśli chory, już i tak zdezorientowany i pogubiony, nie musi przynajmniej zgadywać, co się za chwilę stanie – wtedy rośnie prawdopodobieństwo, że z mniejszym oporem podda się czynnościom wykonywanym przez osoby, które przecież zajmują się nim codziennie. Również jeśli ostatecznym celem interwencji jest unieruchomienie pacjenta, zaaplikowanie mu lekarstw itd., należy dążyć do tego, aby podstawowym instrumentem interwencji były słowa, a użycie siły fizycznej zostało ograniczone do minimum.

Niekiedy konieczne będzie zdecydowane i wyraźne określenie granicy, której choremu nie wolno przekroczyć. Pacjent musi wiedzieć, że po złamaniu tej reguły będzie poddany fizycznemu unieruchomieniu i wyciszeniu farmakologicznemu. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów psychotycznych. W przypadku tej grupy chorych zastosowanie przymusu bezpośredniego jest nieraz jedynym wyjściem z sytuacji. Jak pokazuje praktyka, nigdy nie wolno lekceważyć zagrożenia stwarzanego przez agresywnego pacjenta z psychozą. Zastosowanie przymusu fizycznego wobec tego chorego musi mieć wyraźny, kategoryczny charakter. Jeśli fachowo pomagający są w tych działaniach niezdecydowani, niepewni, jeśli nie zabezpieczają się odpowiednio przed zagrożeniem stwarzanym przez podopiecznego, może on odnieść wrażenie, że nie jest brany na poważnie, że jego stan traktuje się powierzchownie. Pacjent przekonany, że wszyscy go lekceważą i nie rozumieją, zyskuje nową „amunicję" do ładowania swej agresji, a wtedy niewiele brakuje do tragedii. Dlatego w skrajnych przypadkach należy poprosić o pomoc policję.

Już samo pojawienie się umundurowanego policjanta może przebić się do świadomości psychotyka jako sygnał, że posunął się za daleko. Również skumulowanie sił o wyrażanej, bezdyskusyjnej przewadze wpływa na pacjenta z psychozą uspokajająco. Na przykład psychotyk nie podejmie zwykle konfrontacji, widząc przed sobą grupę złożoną z siedmiu pielęgniarzy i pielęgniarek – jest to więc deeskalacja w pełnym tego słowa znaczeniu. Fachowo pomagający powinien zawsze dbać o dobro pacjenta, także tego agresywnego, ale nie powinien wystawiać samego siebie na niepotrzebne niebezpieczeństwo. Nie

wolno też dopuścić do narażania zdrowia i życia osób trzecich. Kto nie musi brać udziału w konfrontacji z agresywnym pacjentem, ten powinien się sam oddalić albo powinien zostać wyprowadzony. Najtrudniej jest uchronić pacjenta przed autoagresją, znacznie łatwiej zadbać o bezpieczeństwo osób otaczających chorego [5].

Niejednokrotnie zdarzają się ataki agresji na oddziale, stanowiące zagrożenie nie tylko dla innych współpacjentów, ale również dla personelu. Istniejąca obawa osoby pomagającej względem chorego agresywnego jest rzeczą normalną i uzasadnioną. Jednak to np. pielęgniarki muszą wziąć na siebie ciężar rozpoczęcia interakcji, mając na uwadze to, że chory się szybko nie uspokoi. Osoba pomagająca powinna być świadoma, że niejednokrotnie przyczyną agresji chorego jest towarzyszący mu niepokój, jak również potrzeba odsłonięcia się, otwarcia [31]. Wskazane jest, aby osoba pomagająca przed rozmową z chorym zdobyła kilka informacji o nim i na temat rozpoznania jednostki chorobowej.

Towarzyszące agresji chorego obraźliwe epitety pod adresem osoby pomagającej nie powinny być przez nią odbierane jako adresowane do niej prywatnie i należy je traktować jako wynik choroby. W przypadku ataku agresji pacjenta, niewskazane jest utrzymywanie z nim długiego kontaktu wzrokowego oraz okazywanie mu pozawerbalnie niechęci i robienie surowych min, a także niedopuszczalne jest uzewnętrznianie swoich negatywnych ocen jego zachowania. Ważne jest, aby zachować granicę bezpieczeństwa dla siebie (odległość około 2 m) i nigdy nie robić w tym czasie notatek o stanie chorego. Warto mu przypomnieć, gdzie się znajduje, co się z nim dzieje i kim są osoby nim się opiekujące. W przypadku komunikowania się z osobą z tytułami naukowymi zwracamy się do niej w sposób sformalizowany.

Rozmowę z pacjentem agresywnym można rozpocząć od tematów neutralnych, które nie wywołują u niego dodatkowych napięć, używając prostych sformułowań bez żargonu medycznego. Osoba pomagająca powinna mówić pewnie i wolno, wykazując jednocześnie zdecydowanie i śmiałość. W przypadku krzyków chorego absolutnie nie należy go przekrzykiwać, tylko panować nad spokojnym tonem głosu [5, 11, 31].

Prowadząc rozmowę z chorym, należy mieć na uwadze to, że ze względu na stan podopiecznego powinna ona być krótka i rzeczowa, by nie stanowiła dodatkowego napięcia. Nie należy również narzucać pacjentowi zajęcia siedzącego miejsca, jeżeli woli stać, gdyż trzeba uszanować jego decyzję. W przypadku agresji, kiedy pacjent mówi o swoich emocjach, należy odpowiednio wyznaczyć linię rozmowy i, podobnie jak w poszukiwaniu źródeł emocji, dialog skierować na czynnik, który wywołał ten stan. Może to być dla pacjenta szansa znalezienia wspólnego połączenia między jego emocjami a otaczającym światem. Poprzez parafrazowanie osoba pomagająca pogłębia myśli chorego, dając alternatywę działania. Przekazywanie mu przez nią spostrzeżeń na temat jego zachowania zwraca uwagę pacjenta na to, że coś komunikuje i jest zauważalny. Być może ułatwieniem okaże się modelowanie, czyli uwidocznienie zachowań poprzez komentarz słowny. Chory, opisując swój obecny stan, przekazuje wyczerpujące informacje na temat doznawanych emocji. Osoba pomagająca musi





okazać zrozumienie dla trudnej sytuacji, w jakiej znalazł się pacjent i wysłuchać go, pamiętając przy tym, by nie wykazywać się wobec niego wyższością z racji możliwości użycia przymusu. Jej czynności powinny być wykonywane bez pośpiechu i chaosu. Adekwatne zachowanie personelu to neutralność, nieakceptowanie tego typu zachowań chorego. W ten sposób pacjent uczy się nowych, poprawnych wzorców postępowania. Zachowanie spokoju, niwelacja napięć i unikania współzawodnictwa stanowią najlepsze metody w kontakcie z chorym. Można mu zaproponować podanie leku w obecności osób trzecich. Jeżeli sytuacja na to pozwala, warto też umożliwić mu odreagowanie negatywnych emocji, wyrażając pragnienie niesienia pomocy w odzyskaniu przez podopiecznego samokontroli. Kiedy minie atak agresji, można zachęcić go do oceny własnego zachowania – pytając o nią, nie sugerujemy i nie próbujemy ukierunkować jego decyzji na temat oceny własnego zachowania. W przypadku opinii negatywnej nie stwarzamy sytuacji nagany dla chorego.

Podstawowe zasady kontaktu osoby komunikującej się z pacjentem agresywnym [11]:

- powstrzymać się od przyjmowania postawy osądzającej i nie traktować dosłownie obraźliwych zachowań pacjenta (uważać je za przejaw zaburzeń psychicznych, a nie wyraz rzeczywistego stosunku chorego do badającego);
- unikać nierealnych oczekiwań, np. że agresywny pacjent od początku będzie chciał współpracować albo szybko się uspokoi;
- nie okazywać swojej przewagi wynikającej z dysponowania środkami przymusu, nie wykonywać groźnych gestów i przybierać groźnych póz i postaw, unikać przedłużającego się kontaktu wzrokowego;
- jeśli pacjent zachowuje się hałaśliwie, unikać wzajemnego przekrzykiwania się, gdyż zazwyczaj prowadzi to do eskalacji agresji (spokojne odpowiedzi terapeuty mogą przyczynić się do złagodzenia tonu wypowiedzi badanego);
- w sytuacjach sam na sam starać się nie blokować dostępu do drzwi, nie zamykać drzwi do pokoju itp., by pacjent nie odniósł wrażenia, że znalazł się w pułapce;
- dawać pacjentowi do zrozumienia, że jest się świadomym jego skłonności do niebezpiecznych zachowań;
- rozważyć również możliwość wystąpienia agresywnych zachowań pacjenta w odpowiedzi na propozycje terapeutyczne, które wzbudzą jego niezadowolenie (agresji tej można zapobiegać, uważnie formułując swoje stanowisko, z uwzględnieniem agresywnych tendencji pacjenta);
- wyrażać pragnienie niesienia pomocy pacjentowi w odzyskaniu przez niego samokontroli;
- wykorzystać symboliczne przyjazne gesty, np. zaproszenie do zajęcia miejsca w wygodnym fotelu, poczęstowanie napojem lub czymś do jedzenia, papierosem itp.;

- na samym wstępie rozpoznać stopień zdolności pacjenta do kontroli impulsywnych agresywnych skłonności i ocenić wskazania do zastosowania środków farmakologicznych oraz do przymusu bezpośredniego.

### 5.4.2. Zalecane techniki komunikowania

Zalecane techniki komunikowania się z pacjentem agresywnym:
- okazanie empatii i akceptacji;
- umożliwienie szerokiego otwarcia się;
- przekazywanie obserwacji;
- zachęcanie do werbalizacji doznań psychicznych poprzedzających agresję;
- pomoc w rozpoznawaniu symptomów agresji i jej samokontroli;
- werbalizowanie gniewu i omówienie jego podłoża z pacjentem;
- parafrazowanie;
- eksploracja;
- modelowanie;
- negocjacje.

## 5.5. Komunikowanie się z pacjentem z zaburzeniami spostrzegania i myślenia

### 5.5.1. Charakterystyka zaburzeń

Schizofrenia i zaburzenia typu schizofrenicznego – jako jedna z dziesięciu kategorii obowiązującej w Polsce od 1997 roku Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD) – obejmuje oprócz schizofrenii trwałe zaburzenia maniakalne, ostre przejściowe zaburzenia psychotyczne, zaburzenia schizoafektywne i inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne [30]. Komunikowanie z chorym będącym we własnym świecie, u którego dominują urojenia i omamy, jest niewątpliwie bardzo trudne. Stanowi to przyczynę obniżonego poziomu funkcjonowania w społeczeństwie i trudności wynikających z zachowań chorego.

Zdaniem A. Kępińskiego, „pacjent psychotyczny jest często przerażony, przytłoczony i ma zaburzone poczucie tożsamości" [23]. W kontakcie z takim pacjentem zauważa się jego zaabsorbowanie i czasem przerażenie wywołane zaburzeniami postrzegania i myślenia. Wypowiedzi pacjenta są odbiciem jego myślenia wynikającego z charakteryzującego go rozkojarzenia. Jego mowa i przeżycia nie wiążą się ze sobą, a nawet sobie nawzajem zaprzeczają. Zdania zaczynają się i kończą w połowie i towarzyszą temu zmienne uczucia, a okruchy wspomnień i skojarzeń zlewają się w jedno [3].





Dotarcie do przeżyć chorego jest uzależnione od empatii, akceptacji i cierpliwości osoby komunikującej się z nim. Chory bardzo często spontanicznie rozpoczyna rozmowę, więc nie można jej zaplanować. Warto natomiast pozwolić choremu ustalić temat rozmowy, dając w ten sposób szansę na poznanie jego uczuć i wzbudzić poczucie kierowania rozmową. Bez względu na poruszane przez niego zagadnienia należy aktywnie słuchać, starając się zrozumieć podopiecznego. Bezzasadne jest wówczas wyliczanie objawów patologicznych i ich interpretowanie, gdyż nie przynosi to nic konstruktywnego w procesie komunikowania, a wywołuje jedynie niepokój i agresję [11]. Błędem jest krytykowanie wypowiedzi chorego i dyskutowanie z pacjentem przejawiającym myślenie psychotyczne, ponieważ można się nie zgadzać z pacjentem, lecz nie należy próbować perswadować mu, że jest w błędzie [5]. Osoba pomagająca może przedstawiać swój punkt widzenia na dany temat. Czynić to jednak powinna w sposób taktowny i nieobrażający pacjenta. Chory nie może poczuć się ośmieszany przez personel, a akceptacja osób z zespołu terapeutycznego umocni podopiecznego w przekonaniu o słuszności odbieranych przez niego wrażeń. Słowne wyrażanie wątpliwości pozwala pielęgniarce lub lekarzowi przedstawić odmienny punkt widzenia i wpłynąć na chorego, który być może dzięki temu otrzyma bodziec do ponownego spojrzenia na daną rzecz i przeanalizowania swoich opinii. W trakcie rozmowy z osobą z urojeniami należy jej wypowiedzi traktować jako swoiste symbole służące do przekazywania ukrytych emocji. Nie jest ona sama w stanie ich wyrazić, dlatego posługuje się tą formą wypowiedzi. Szuka słów, które najbliżej oddają jej uczucia w danym momencie. Oczywiście nie są one traktowane jako dosłowne, a na podstawie wypowiedzi osoba pomagająca może rozpoznać rodzaj urojeń.

„Wydaje się, że chory bardziej oczekuje życzliwego i rozumiejącego zainteresowania i współprzeżywania" [11]. W celu nawiązania relacji z chorym osoba pomagająca powinna wykazać się empatią i aktywnym słuchaniem. Pozwala to jej wejść w świat przeżyć pacjenta i właściwie odebrać sens jego wypowiedzi. W jego oczach podnosi zaś swoją wartość jako osoba pomagająca. Osoba pomagająca komunikująca się z chorym psychotycznym powinna pamiętać, że „objawy psychotyczne są patologiczną możliwością porządku w świecie chorego, redukując lęk psychotyczny" [11]. Pacjent podczas terapii i farmakoterapii dochodzi do zdrowia, co objawia się pojawieniem się krytycyzmu wobec swoich sądów. Jest to ważny czas dla niego, ponieważ sięga myślami wstecz. Dobrze jest, jeżeli może przypomnieć sobie opinie wyrażane przez osobę pomagającą, które były korektą dla jego wypowiedzi. Chory umacnia w ten sposób zaufanie względem niej i odzyskuje poczucie bezpieczeństwa w otaczającej go rzeczywistości [17].

Komunikując się pozawerbalnie z chorym, osoba pomagająca unika okazania mu zdumienia i zaskoczenia podczas słuchania jego wypowiedzi. Jej postawa powinna wykazywać spokój i rozwagę w czasie wypowiadanych do pacjenta komentarzy. Niejednokrotnie pojawia się śmieszność sytuacji – wymaga to wówczas od osoby pomagającej powagi i szacunku w wypowiedziach wobec chorego. Bezpośredniość i szczerość są gwarantem utrzymania kontaktu. Pa-

cjent psychiatryczny oczekuje prawdomówności i informowania go zarówno o jego sytuacji, jak i o możliwościach pomocy. Osoba pomagająca powinna nauczyć chorego rozpoznawania niepokoju, który przyspiesza halucynacje, a także dać mu odczuć, że jest blisko niego i towarzyszy mu w tej sytuacji. Jej asystowanie pomaga mu w rozwijaniu umiejętności radzenia sobie z objawami psychotycznymi (jogging, rozmowa, sport, muzyka itp.) [10, 31].

Pacjent musi mieć poczucie bezpieczeństwa i świadomość otrzymania pomocy w określonych problemach, jak również, że jego osoba jest całkowicie akceptowana i nie oceniana przez personel [11].

### 5.5.2. Zalecane techniki komunikowania

Zalecane techniki komunikowania się z pacjentem z zaburzeniami spostrzegania i myślenia:

- umożliwienie szerokiego otwarcia;
- aktywne słuchanie;
- odzwierciedlenie i kierowanie do pacjenta wypowiadanych przez niego pytań, myśli, żądań i odczuć;
- informowanie;
- przekazywanie pacjentowi informacji dotyczących spostrzeżeń i odczuć z nim związanych;
- zachęcanie do opisu przeżyć;
- poszukiwanie źródeł emocji jako próby zaproponowania choremu refleksji nad stanem emocjonalnym;
- milczenie;
- porządkowanie zdarzeń;
- urealnianie;
- klaryfikacja;
- konfrontacja;
- słowne wyrażanie wątpliwości;
- podsumowanie;
- proponowanie współpracy.

## 5.6. Komunikowanie się z pacjentem uzależnionym

### 5.6.1. Charakterystyka zaburzeń

Wiek XX przyniósł gwałtowne zwiększenie liczby osób przyjmujących substancje psychoaktywne. Substancje te cechuje zdolność modyfikowania samopoczucia i zachowania. Środki te zmniejszają lękliwość i napięcie, poprawiają nastrój, dają uspokojenie, relaks, senność, pobudzają aktywność, przedłużają





okresy czuwania, przyspieszają procesy myślenia i mowę. Równocześnie powodują one wzrost niepokoju i aktywności ruchowej, rozdrażnienie i agresywność. Wywołują także zmiany w spostrzeganiu oraz zmianę odbioru rzeczywistości.

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F10-F19) wyróżnia na podstawie kryteriów klinicznych zaburzenia spowodowane przyjmowaniem następujących środków psychoaktywnych: alkoholu, opiatów, kanabinoli, leków uspokajających i nasennych, kokainy, substancji stymulujących, w tym kofeiny, substancji halucynogennych, tytoniu, lotnych rozpuszczalników lub kilku innych substancji psychoaktywnych [12]. Następstwem ich używania mogą być:

- ostre zatrucie;
- używanie szkodliwe (nadużywanie);
- zespół uzależnienia;
- zespół abstynencyjny: niepowikłany, z drgawkami;
- zespół abstynencyjny z majaczeniem: bez drgawek, z drgawkami;
- zaburzenia psychotyczne (podobne do schizofrenii, głównie urojeniowe, głównie omamowe, głównie wielopostaciowe, głównie z objawami depresji, głównie z objawami zespołu maniakalnego, mieszane);
- zespół amnestyczny;
- zaburzenia powstałe w związku z długotrwałym przyjmowaniem środka – powracanie przebytych doznań psychotycznych (*flashbacks*), zaburzenia osobowości, zaburzenia zachowania, zaburzenia procesów poznawczych.

Ryzykowne używanie substancji psychoaktywnych to takie, które może prowadzić do szkód zdrowotnych i pogorszenia relacji z innymi ludźmi. Szkodliwe używanie (nadużywanie) substancji psychoaktywnych polega na takim ich przyjmowaniu, które powoduje lub w znaczący sposób przyczynia się do powstawania lub utrzymywania się konkretnych szkód zdrowotnych (somatycznych i psychicznych), w tym upośledzonego krytycyzmu albo zaburzonego zachowania, które mogą prowadzić do niesprawności bądź mieć negatywny wpływ na stosunki międzyludzkie [12].

Uzależnienie od substancji psychoaktywnych definiowane jest jako kompleks zjawisk fizjologicznych, behawioralnych i poznawczych, wśród których przyjmowanie substancji lub grupy substancji psychoaktywnych dominuje nad innymi zachowaniami, które miały poprzednio dla pacjenta większą wartość. Obecna definicja uzależnienia od środków psychoaktywnych opiera się na Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, Urazów i Przyczyn Zgonu – edycja X. Określa ona uzależnienie od środków psychoaktywnych jako „zespół właściwości fizjologicznych, emocjonalnych, behawioralnych i poznawczych, które pojawiają się w wyniku wieloletniego używania środków psychoaktywnych" [7].

Zgodnie z powyższą klasyfikacją, uzależnienie rozpoznajemy, gdy występują przynajmniej trzy z wymienionych objawów [7, 12]:

- głód substancji, silne pragnienie jej użycia albo odczuwanie przymusu jej używania;
- trudności w kontrolowaniu zachowania związanego z używaniem substancji;

- występowanie charakterystycznych dla danej substancji objawów abstynencyjnych (odstawienia) po zaprzestaniu lub zmniejszeniu ilości przyjmowanej substancji;
- używanie tej samej albo podobnie działającej substancji w celu zapobiegnięcia wystąpieniu zespołu odstawienia;
- tolerancja, czyli potrzeba używania większych niż poprzednio dawek w celu uzyskania tego samego efektu;
- coraz większe zaniedbywanie ważnych uprzednio zainteresowań i źródeł przyjemności, coraz większa ilość czasu poświęconego na zdobywanie substancji;
- używanie substancji mimo szkodliwych następstw (fizycznych, psychicznych, społecznych), o których wiadomo, że mają związek z używaniem substancji.

Według teorii społecznego uczenia się, powstawanie uzależnienia jest między innymi spowodowane próbą rozładowania w ten sposób napięcia wynikającego najczęściej z sytuacji stresowej, przy braku znajomości innych niż środki psychoaktywne sposobów radzenia sobie ze stresem. Nie bez znaczenia jest też w tym względzie społeczne uczenie się, czyli powielanie wzorców od rodziny i najbliższego otoczenia. Motywacja przyjmowania środków psychoaktywnych jest różna. Przykładowo, w przypadku nadużywania alkoholu J. Szczepański uważa, że ludzie piją z chęci ucieczki od rzeczywistości, z przyczyn ceremonialnych czy dla dodania sobie odwagi oraz nałogowo [34].

Obecnie przyjmuje się, że uzależnienie od środków psychoaktywnych spowodowane jest przez czynniki społeczne, psychologiczne oraz duchowe, nakładające się na czynniki biologiczne. Czynniki te to:

**1. Społeczne:**
- obyczajowość wraz z postawami społecznymi;
- środowisko rodzinne;
- dostępność napojów alkoholowych.

**2. Psychologiczne:**
- cechy osobowości, tu przede wszystkim osobowość niedojrzała emocjonalnie;
- nadmierna zależność;
- mała odporność na frustracje;
- trudność w ekspresji uczuć;
- wysoki poziom niepokoju w relacjach interpersonalnych;
- poczucie izolacji;
- niska samoocena lub poczucie wielkości;
- perfekcjonizm;
- zmienny stosunek do autorytetów;
- poczucie winy.





**3. Biologiczne:**
- wiek;
- dziedziczne (hipoteza – geny zlokalizowane w chromosomie 13 na chromosomie Y);
- zróżnicowanie biochemiczne – enzym ALDH, TIQ, THBC, SAL.

**4. Duchowe:**
- zanik uczuć wyższych.

Przykładowa charakterystyka sposobu myślenia osoby uzależnionej od alkoholu, jako jednego z najczęściej występujących nałogów, i błędy w ocenie sytuacji:
- alkohol jako jedyny środek pozwalający na odprężenie;
- przecenianie krótkoterminowych, krótkotrwałych pozytywnych efektów picia alkoholu;
- niedocenianie długoterminowych, długotrwałych negatywnych skutków picia alkoholu;
- braki w zakresie umiejętności społecznych.

Jako objawy ostrzegawcze rozwijającego się uzależnienia przyjmuje się najczęściej:
- twierdzenie, że przyjmowanie środków psychoaktywnych przynosi człowiekowi poczucie ulgi, obniża poziom lęku i niepokoju, odpręża itp.;
- szukanie okazji do przyjmowania środków psychoaktywnych;
- zwiększenie tolerancji na środki psychoaktywne;
- przyjmowanie środków psychoaktywnych w miejscach i sytuacjach, w których jest to zabronione;
- „przerwy w życiorysie" po przyjmowaniu środków psychoaktywnych;
- niechęć lub unikanie rozmowy na temat przyjmowania środków psychoaktywnych;
- reakcje negatywne w sytuacjach, gdy brakuje środków psychoaktywnych;
- używanie, szczególnie alkoholu, w przypadku odczuwania samotności;
- zachowania ryzykowne po przyjęciu środków psychoaktywnych, np. prowadzenie samochodu, prowokowanie awantur itp.

Charakterystyka wybranych stanów i zaburzeń psychopatologicznych spowodowanych substancjami psychoaktywnymi [12]:

**1. Alkoholowy zespół abstynencyjny**

Objawy zespołu abstynencyjnego (zespołu odstawienia) pojawiają się w okresie pierwszych 24-36 godzin po zaprzestaniu picia, kiedy dochodzi do obniżenia poziomu alkoholu we krwi. Organizm reaguje na tę sytuację następującymi objawami:
- drżenia mięśniowe języka, powiek lub wyciągniętych dłoni;
- wzmożona potliwość;
- nudności albo wymioty;
- tachykardia i/lub nadciśnienie tętnicze;
- podniecenie psychomotoryczne, lęk, niepokój;

- bóle głowy, bóle mięśniowe;
- zaburzenia snu (bezsenność, koszmarne sny);
- podwyższona ciepłota ciała;
- złe samopoczucie, osłabienie.

U około 5% uzależnionych od alkoholu mogą wystąpić powikłane zespoły abstynencyjne przebiegające z drgawkami i/lub majaczeniem alkoholowym. Drgawki abstynencyjne mają charakter napadów uogólnionych bez zaznaczonego początku (*grand mal*).

**2. Majaczenie alkoholowe (majaczenie drżenne, *delirium tremens*, „biała gorączka")**

Jest ciężką postacią alkoholowego zespołu abstynencyjnego. Objawy pojawiają się do 72 godzin od zaprzestania picia alkoholu i zawsze towarzyszą one innym objawom zespołu abstynencyjnego. Najpierw pojawiają się niepokój, lęk oraz bezsenność, do których dołączają się zaburzenia świadomości (dezorientacja co do miejsca i czasu), urojenia, iluzje i omamy: wzrokowe, słuchowe, czuciowe. Chory widzi ruchliwe małe i wielkie zwierzęta, różne dziwne stwory, niezwykłe twarze i postaci. Niejednokrotnie czuje i widzi chodzące po nim samym owady, robaki, czasem mówi o dziwnych smakach i zapachach. Charakterystyczne dla majaczenia są bezsenność oraz nasilanie się objawów w nocy, kiedy jest ciemno i panuje zła widoczność. Opisanym objawom towarzyszy z reguły ciężki stan somatyczny z wysoką temperaturą i zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej i regulacji wegetatywnej.

**3. Opioidowe zespoły abstynencyjne**

Początek objawów abstynencyjnych zależy od wielu czynników, głównie od rodzaju używanej substancji:

- opiaty – krótko działające (np. heroina, morfina) powodują szybkie, tj. w ciągu 4-6 godz. i burzliwe pojawienie się objawów odstawiennych;
- zespół abstynencyjny po „kompocie" – pojawia się po 8-10 godz., a po długo działającym metadonie po 30-36 godz. i jest słabiej nasilony, ale trwa dłużej.

Najczęstsze objawy to: zwiększenie ciśnienia tętniczego krwi i tachykardia, podwyższenie ciepłoty ciała, rozszerzenie źrenic, piloerekcja (tzw. gęsia skórka), wysięk z nosa, łzawienie, ziewanie, zwiększona potliwość, zaburzenia snu, wymioty, biegunka i kurcze mięśniowe. Pacjenci zgłaszają pragnienie („głód") narkotyku, nudności, bóle mięśniowe, stawowe i kostne, bóle brzucha i skurcze żołądka, drażliwość, osłabienie, męczliwość, niepokój, bóle głowy, światłowstręt, naprzemienne odczuwanie gorąca i zimna. Typowy opioidowy zespół abstynencyjny ma największe nasilenie w 2. lub 3. dobie po odstawieniu substancji.

**4. Zespoły abstynencyjne w przebiegu uzależnienia od leków uspokajających i nasennych**





- Benzodiazepinowe objawy abstynencyjne – objawy pojawiają się po kilku lub kilkunastu godzinach po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki przyjmowanego leku albo gdy dawka staje się niewystarczająca z powodu narastającej tolerancji. Do najczęstszych objawów należą: niepokój, niemożność odprężenia się, podniecenie, lęk, zmniejszenie apetytu, potliwość, nadwrażliwość na dźwięki, nudności, odczuwanie zmęczenia, zaburzenia snu, drżenia mięśniowe, szum w uszach, zawroty głowy, depersonalizacja, derealizacja, trudności w koncentracji uwagi, upośledzenie pamięci, drażliwość, obniżenie nastroju, biegunki, bóle głowy, kołatanie serca, parestezje, światłowstręt, nadwrażliwość na bodźce sensoryczne, zmieniony zmysł smaku (smak „metaliczny"), a w ciężkich przypadkach – majaczenie i napady drgawkowe.
- Barbituranowe zespoły abstynencyjne – objawy są podobne do występujących w benzodiazepinowych zespołach abstynencyjnych, ale znacznie bardziej nasilone. Częstym problemem są zespoły majaczeniowe, a jeszcze częstszym – napady drgawkowe, nierzadko przechodzące w stany padaczkowe.

**5. Nikotynowe zespoły abstynencyjne**

Nikotynowe zespoły abstynencyjne są bardzo powszechne. U większości uzależnionych wymuszają one, aby pierwszą czynnością po obudzeniu się było sięgnięcie po tytoń, a u części osób są przyczyną przerywania snu i palenia w środku nocy. Charakterystyczne objawy to: drażliwość, poirytowanie, upośledzenie pamięci i koncentracji uwagi, obniżenie nastroju, niepokój, zmęczenie, ospałość, zaburzenia snu, zawroty i bóle głowy, zwiększony apetyt i zwiększenie masy ciała, kurcze mięśniowe, zaparcia, wzmożona potliwość i kaszel.

**6. Ostra halucynoza alkoholowa (ostra omamica)**

Druga co do częstości występowania psychoza alkoholowa, która towarzyszy innym objawom zespołu abstynencyjnego. Początek jest z reguły nagły. Chory zaczyna słyszeć głosy, które grożą mu, wymyślają, czasami oskarżają, a kiedy indziej żywo dyskutują na jego temat bądź rozkazują, co ma robić. Zdarza się, że nakazują pacjentowi popełnienie samobójstwa (chory słyszy: „powieś się..., powieś się") lub zrobienie sobie jakiejś krzywdy (np. odcięcie ręki). W miarę trwania choroby mogą dołączyć się usystematyzowane urojenia, często prześladowcze. Urojeniom towarzyszą niepokój, lęk, obniżenie nastroju. Zdarzają się zachowania agresywne i autoagresywne, częste są też halucynacje czuciowe.

**7. Paranoja alkoholowa (alkoholowy obłęd zazdrości, obłęd opilczy, „zespół Otella")**

Psychoza alkoholowa występująca u mężczyzn i charakteryzująca się usystematyzowanymi urojeniami niewierności małżeńskiej. Pojawienie się wyraźnych objawów choroby poprzedzone jest na ogół nadmierną podejrzliwością wobec partnerki. Wątpliwości co do wierności partnerki nabierają stopniowo cech urojeń. Pacjent wypowiada absurdalne treści („dziesiątki kochanków",

podejmowanie przez partnerkę stosunków z przygodnymi partnerami), żąda od partnerki wyjaśnień, śledzi ją, sprawdza, często stosuje pogróżki wobec partnerki i jej domniemanych kochanków, psychicznie i fizycznie wymusza przyznanie się do niewierności. Argumentem przemawiającym za zdradą jest praktycznie każde zachowanie partnerki.

**8. Uzależnienie od kokainy i amfetaminy**

Uzależnienie od kokainy cechuje używanie jej kilkudniowymi ciągami, aż do wyczerpania fizycznego, psychicznego lub braku środków finansowych. Przerwanie ciągu powoduje szybkie pojawienie się objawów zespołu abstynencyjnego, w którym dominują: głód kokainowy, znaczne obniżenie nastroju z poczuciem znużenia i zmęczenia, często z myślami i tendencjami samobójczymi, początkowo bezsenność, potem zwiększona potrzeba snu i wzmożonego apetytu, następnie pojawiają się dysforie, nierzadko z zachowaniami agresywnymi. Okresy głodu kokainy mogą nawracać nawet po kilkudniowej abstynencji. W czasie używania kokainy często obserwuje się zaburzenia nastroju, stany lękowe, nastawienia urojeniowe, a nawet urojenia prześladowcze i zaburzenia snu. Zespół abstynencyjny w uzależnieniu od amfetaminy pojawia się później – do 12 godzin od ostatniej dawki i jest zbliżony do zespołu odstawienia kokainy, ale bywa mniej nasilony. Objawy przemijają po kilku dniach, a dłużej może utrzymywać się objaw wzmożonego apetytu.

**9. Używanie szkodliwych substancji halucynogennych**

Używanie substancji halucynogennych prowadzi z reguły do wystąpienia szkód zdrowotnych. Częstym powikłaniem jest przeżycie tzw. złej podróży (ang. *bad trip*), tj. nieprzyjemnego stanu psychotycznego z napadami lęku, przykrymi omamami i urojeniami, podnieceniem psychoruchowym. W stanach tych może dochodzić do samookaleczeń, urazów, samobójstw lub agresji wobec otoczenia, z zabójstwami włącznie. U osób wcześniej chorujących psychicznie może dojść do pogorszenia przebiegu choroby pierwotnej i dłuższych reakcji psychotycznych.

Wśród problemów zdrowotnych pojawiających się u osób zażywających substancje psychoaktywne, obok licznych powikłań psychicznych, ważny problem stanowią również szkody zdrowotne somatyczne (powikłania somatyczne). Przykładowo, w przypadku choroby alkoholowej powikłania somatyczne będące efektem nadużywania i uzależnienia od alkoholu to [13]:

- dotyczące obwodowego układu nerwowego: polineuropatie, zmiany mięśniowe (miopatia alkoholowa), neuropatia wzrokowa toksyczna, retinopatia siatkówkowo-naczyniówkowa;
- dotyczące ośrodkowego układu nerwowego: zaniki korowe, encefalopatia Wernickego (zespół Wernickego-Korsakowa), otępienie, nieamnestyczne upośledzenie funkcji poznawczych i pamięci, padaczka alkoholowa;
- dotyczące układu pokarmowego: przewlekłe stany zapalne błony śluzowej jamy ustnej, przełyku, żołądka i dwunastnicy, zaburzenia perystaltyki przełyku i jelit, upośledzone wchłanianie prowadzące do niedoborów pokarmowych, nadżerki, krwawienia spowodowane pęknięciem błony śluzowej, refluks żołądkowo-przełykowy (tzw. przełyk Barretta), urazowe pęknięcie przełyku, stłuszczenie, zapalenie, zwłóknienie wątroby, marskość wątroby, pierwotny rak wątroby, ostre, przewlekłe zapalenie trzustki, cukrzyca;
- dotyczące układu krążenia: nadciśnienie tętnicze, kardiopatia alkoholowa, arytmie, choroba wieńcowa, zawały mięśnia sercowego, udary mózgowe;
- dotyczące układu oddechowego: zwiększona podatność na choroby układu oddechowego, gruźlica płuc;
- dotyczące układu moczowego: ostra niewydolność nerek, objawy dny moczanowej;
- dotyczące układu endokrynnego: nieprawidłowe wydzielanie hormonów (testosteronu, luteotropiny), spadek poziomu T3, wzrost kortyzolu, u kobiet zanik jajników, objawy maskulinizacji (zarost na górnej wardze, gruby głos), u mężczyzn zmniejszenie ruchliwości plemników i uszkodzenie ich struktury;
- zmiany skórne i choroby przenoszone drogą płciową: przebarwienia i pajączkowate zmiany naczyniowe (zwłaszcza na skórze twarzy), często uogólniony świąd skóry poprzedzający marskość wątroby, zwiększone ryzyko zakażenia chorobami wenerycznymi oraz HIV (AIDS);
- wpływ alkoholu na płód: porody niewczesne, przedwczesne, poronienia samoistne, objawy zespołu abstynencyjnego u dziecka po porodzie, alkoholowy zespół płodowy (FAS);
- zaburzenia funkcji seksualnych: u mężczyzn impotencja, atrofia jąder a u kobiet – obniżenie płodności, osłabienie popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania, zahamowanie owulacji, zmiany zanikowe jajników.

W walce z uzależnieniem okazało się, że najistotniejszą kwestią jest poszukiwanie i uświadomienie przyczyn sięgania po substancje uzależniające, a nie samo ukazywanie negatywnych skutków. W działaniach profilaktycznych ważne jest „wychowanie w trzeźwości", przekazywanie wiedzy na temat uzależnień, kształtowanie prawidłowych postaw życiowych i umiejętności społecznych, a także pomoc w budowaniu poczucia własnej wartości. Natomiast w związku z deficytami osoby uzależnionej (względnie zagrożonej) w zakresie umiejętności komunikowania się, asertywności, „odmawiania", braku „systemu wsparcia" oraz radzenia sobie z myślami o przyjmowaniu środków psychoaktywnych, w kontakcie terapeutycznym osoba pomagająca powinna zwrócić uwagę na to, aby osoba uzależniona uzyskała wgląd we wspomniane deficyty. Są one często główną przyczyną popadania w nałóg, a więc nawiązanie kontaktu emocjonalnego przez osobę pomagającą w celu uświadomienia pacjentowi tych braków jest bardzo istotne, gdyż fundamentalną rzeczą jest uzyskanie wglądu przez osobę uzależnioną w istotę jej problemu z nałogiem. Dopiero wówczas oferowana pomoc staje się skuteczna, a motywowanie do utrzymania abstynencji i pracy nad sobą przynosi efekty. W związku z tym, za cele komunikowania terapeutycznego uważa się:

- wzrost umiejętności radzenia sobie ze stresem;
- wzrost umiejętności społecznych;
- wzmocnienie poczucia skuteczności.

## 5.6.2. Zalecane techniki komunikowania

Zalecane techniki komunikowania się z pacjentem uzależnionym:
- ustalenie struktury relacji;
- okazanie empatii i otwartości;
- aktywne słuchanie;
- motywowanie;
- identyfikowanie głównych konfliktów;
- interpretowanie;
- odzwierciedlenie;
- klaryfikowanie;
- informowanie;
- podsumowanie;
- wyrażanie wątpliwości;
- milczenie;
- proponowanie współpracy;
- wyjaśnianie.

## PIŚMIENNICTWO


1. Abraham S., Llewellyn Jones D.: Anoreksja, bulimia, otyłość. PWN, Warszawa 1995.
2. Albisetti V.: Pułapka anoreksji. Dlaczego się choruje i jak wyzdrowieć. Wyd. Jedność, Kielce 2003.
3. Belin S.: Schizofrenia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998, 136.
4. Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): Psychiatria. Urban & Partner 2002, 1.
5. Brown T., Allan I.F., Pullen S., Pullen I.M.: Stany nagłe w psychiatrii. PZWL, Warszawa 1994, 29, 87.
6. Carson R., Butcher J., Mineka S.: Psychologia zaburzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003, 1.
7. Cierpiałowska L.: Alkoholizm: przyczyny, leczenie, profilaktyka. Wydawnictwa Naukowe UAM, Poznań 2001.
8. Czabała J.C.: Podstawowe zaburzenia psychiczne. [w:] J. Strelau (red.): Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000, 3.
9. Dudek D., Zięba A.: Klasyfikacja zaburzeń depresyjnych. [w:] D. Dudek, A. Zięba (red.): Depresja. Wiedzieć, aby pomóc. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2002.
10. Ekdawi M.Y., Conning A.M.: Rehabilitacja psychiatryczna. PZWL, Warszawa 1995, 85.
11. Golec S., Kokoszka A.: Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych. Medycyna Praktyczna 1994, 57-73, 126.
12. Habrat B., Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga H.: Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi. [w:] A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.): Psychiatria. Urban & Partner, Wrocław 2002, II, 169-212.







13. Habrat B.: Zaburzenia psychiczne spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych. [w:] A. Bilikiewicz (red.): Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny. PZWL, Warszawa 2003, 238-269.
14. Hammen C.: Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004.
15. Iniewicz G.: Depresja u dziewcząt chorujących na anoreksję psychiczną. Psychoterapia 2004, 1 (128), 5-12.
16. Janas-Kozik M., Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M.: Jadłowstręt psychiczny u młodzieży, wskazówki diagnostyczne i terapeutyczne. Wiadomości Lekarskie 2004 LVII, 5-6, 259 -261.
17. Jarosz M.: Psychologia lekarska. PZWL, Warszawa 1988, 486.
18. Józefik B.: Anoreksja i bulimia psychiczna. Rozumienie i leczenie zaburzeń odżywiania się. Collegium Medicum UJ, Kraków 1995.
19. Kaczmarczyk D., Cichy W.: Współczesne poglądy na problematykę anorexia nervosa. Nowiny Lekarskie 2004, 73, 3, 248-252.
20. Kępiński A.: Autoportret człowieka (myśli i aforyzmy). Opr. Z. Ryn, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1993, 232, 302.
21. Kępiński A.: Lęk. PZWL, Warszawa, 1987, 21, 294.
22. Kępiński A.: Melancholia. PZWL, Warszawa 1985, 51, 256-257.
23. Kępiński A.: Schizofrenia. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2001, 35.
24. Kokoszka A.: Postępowanie w stanach naglących. [w:] A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.): Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2003, 3: 318-340.
25. Kowalczyk J.: ABC wiedzy dla pielęgniarek o agresji w instytucjach psychiatrycznych. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1997, 15.
26. Namysłowska I., Paszkiewicz E., Siewierska A.: Gdy odchudzanie jest chorobą – anoreksja i bulimia. Wyd. W.A.B., Warszawa 2000.
27. Popielarska A., Popielarska M. (red.): Psychiatria wieku rozwojowego. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2000.
28. Pużyński S.: Depresje i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 2005.
29. Pużyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 2001.
30. Pużyński St., Wciórka J. (red.): Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków-Warszawa 1998.
31. Schoen Johnson B.: Psychiatric – Mental Health Nursing. Wyd. 3, J.B. Lippincott Company, USA 1993, 478, 507.
32. Siwiak-Kobayashi M.: Zaburzenia lękowe uogólnione i napadowe. [w:] A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.): Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002, 2: 433-453.
33. Wilczek-Rużyczka E., Wojtas K.: Komunikowanie się z chorym z zaburzeniami postrzegania i myślenia. Magazyn Pielęgniarki i Położnej 2005, 1-2, 14-15.
34. Woronowicz B.T.: Alkoholizm jest chorobą. Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 1998.
35. Ziółkowska B.: Anoreksja od A do Z. Poradnik dla nauczycieli i wychowawców. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2005.

# SPECYFIKA KOMUNIKOWANIA SIĘ Z PACJENTEM CHORYM PSYCHICZNIE W WIEKU PODESZŁYM

Starzenie się i związane z nim zmiany psychologiczne wpływają na sytuację psychologiczną danej grupy wiekowej. Nastrój psychiczny udziela się całemu ciału i podlega wszelkim wpływom płynącym z głębi ustroju. Wszystkie przewlekłe choroby cielesne, różne ukryte nieprawidłowe stany organizmu pogarszają funkcjonowanie mózgu, powodując przygnębienie, pesymizm oraz negatywne stany uczuciowe.

Starzenie się człowieka jest zjawiskiem powszechnym, jednak bardzo zróżnicowanym, przez każdą konkretną osobę przeżywane osobiście i bezpośrednio w sposób specyficzny dla niej, odmienny od innych starzejących się jednostek. Każdy człowiek swoją starość przeżywa inaczej, każda strona natury ludzkiej ulega zmianie, osłabiona zostaje nie tylko sprawność fizyczna, zmianom ulegają postawy społeczne, cechy osobowości. Wiek ma również wpływ na motywację, emocje, percepcję, czyli na osiągnięcia we wszystkich obszarach działalności człowieka.

Adaptacja do starości zależy przede wszystkim od ogółu cech psychicznych człowieka, jego osobowości, temperamentu i nastawienia do życia. Uzależniona jest również od sytuacji materialnej i rodzinnej, od kondycji fizycznej oraz aktywności, która warunkuje zaspokojenie potrzeb starszego człowieka. Dobre przystosowanie wyraża się tym, że ludzie starsi dbają w dalszym ciągu o swój wygląd, starają się być użyteczni, aktywni w miarę możliwości oraz potrafią z filozoficznym spokojem przyjąć to, co nieuniknione, czyli własną starość i zbliżający się kres życia. Starzejąca się jednostka musi sobie poradzić z przeróżnymi stratami – utratą partnera życiowego, przejściem na emeryturę, odchodzeniem dzieci z domu. Złe dostosowanie może budzić lęki, niepokoje czy być przyczyną depresji oraz innych zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia psychiczne u ludzi w podeszłym wieku można podzielić na takie, które ujawniły się dopiero w tym okresie i na te, które rozpoczęły się znacznie wcześniej i nadal trwają. Za dolną granicę wieku podeszłego dla obu płci przyjmuje się zgodnie z normami ONZ 65. rok życia. A. Bilikiewicz i T. Parnowski są zdania, że chociaż nie ma zaburzeń psychicznych właściwych tylko

dla wieku podeszłego, to jednak niektóre z nich pojawiają się w tym okresie szczególnie często, inne prawie wcale, a te, które występują w różnych okresach życia – u ludzi starszych przebiegają specyficznie ze względu na zmienione uwarunkowania biologiczne i psychospołeczne [1]. Do najczęstszych zaburzeń psychicznych u osób w podeszłym wieku należą przede wszystkim zaburzenia nastroju w postaci depresji oraz organiczne zaburzenia psychiczne, w tym głównie otępienie, a w dalszej kolejności zaburzenia nerwicowe i spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (uzależnienia). Autorzy ci twierdzą również, że w procesie diagnozowania problemów zdrowia psychicznego osoby starszej należy zawsze uwzględnić zmiany jej funkcjonowania, będące wynikiem fizjologicznego procesu starzenia, współwystępowanie chorób somatycznych, aktualną sytuację życiową (rodzinną, materialną), utrwalone cechy osobowości i postawę wobec starości. Objawy depresji, takie jak smutek, przygnębienie, zaburzenia snu, zmniejszone zainteresowanie, mogą występować np. w związku z chorobą somatyczną starszej osoby, rozpoczynającymi się u niej zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym, czy też być reakcją na trudną, aktualną sytuację życiową. U osoby leczonej wcześniej z powodu zaburzeń afektywnych objawy te mogą sygnalizować nawrót kolejnego epizodu choroby. Natomiast pogorszenie funkcji poznawczych, zwłaszcza pamięci, sugerujące proces otępienny, często ustępuje po leczeniu przeciwdepresyjnym. Niekiedy jednak u części pacjentów depresja występuje na podłożu zmian organicznych, co utrudnia osiągnięcie celów terapii. Izolacja społeczna i deficyty sensoryczne (głuchota, niedowidzenie) sprzyjają rozwijaniu się u osób starszych zespołów paranoidalnych, zwłaszcza przy obciążeniu rodzinnym schizofrenią i przy predysponującym typie osobowości. Zaburzenia o charakterze lękowym i depresyjnym często współwystępują z uzależnieniem od alkoholu lub leków anksjolitycznych, szczególnie przy zaburzonych relacjach z otoczeniem, braku wsparcia i niedojrzałych mechanizmach obronnych osobowości. A. Bilikiewicz i T. Parnowski zaznaczają jednak, że w tym okresie życia choroby somatyczne mogą wiązać się z pogorszeniem zdrowia psychicznego z wielu przyczyn, a poczucie zagrożenia życia czy utrata sprawności i samodzielności powodują wystąpienie bądź nasilenie lub nawrót zaburzeń o charakterze lękowym i depresyjnym [1]. Zaburzenia ukrwienia w ośrodkowym układzie nerwowym, destabilizacja układów hormonalnych, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej itp. mogą powodować u chorego wystąpienie zaburzeń świadomości o różnym charakterze i stopniu nasilenia – także z ostrymi objawami psychotycznymi. Na stan zdrowia psychicznego osób w podeszłym wieku mają również wpływ stosowane przez nich leki. Zwiększona skłonność do przyjmowania przez ludzi starszych wielu leków przy zjawisku interakcji i innej niż u osób młodszych farmakokinetyce i farmakodynamice leków powoduje występowanie wielu dodatkowych problemów zdrowotnych, przed którymi staje zespół terapeutyczny.

W opinii S. Pużyńskiego [4], depresja u ludzi w podeszłym wieku jest najczęstszym zaburzeniem psychicznym – występuje u 15-20% osób po 65. roku życia. Depresja w tym okresie życia, w porównaniu do poprzednich, cechuje się





na ogół bardziej złożoną etiologią, specyficznym obrazem klinicznym i większymi trudnościami w leczeniu. Ponadto często występuje kumulowanie się czynników biologicznych i psychospołecznych biorących udział w wyzwalaniu, przebiegu i rokowaniu w depresji u danej osoby. Specyfikę zespołów depresyjnych u chorych w podeszłym wieku wyznaczają objawy, jak maski somatyczne depresji, duże nasilenie lęku i pobudzenie ruchowe – depresja agitowana, depresja rzekomootępienna oraz depresja z zahamowaniem. Ponadto mogą wystąpić ciężkie epizody z objawami psychotycznymi z urojeniami (nihilistycznymi, hipochondrycznymi, winy, ubóstwa), z iluzjami i omamami słuchowymi (głosy grożące, oskarżające), w myśleniu (głęboki pesymizm), duże ryzyko samobójstwa. Nawroty depresji zdarzają się często, a u niektórych osób zaburzenia depresyjne o mniejszym nasileniu utrzymują się stale.

Dobre starzenie nie oznacza oszukiwania, unikania, zamykania się w sobie, ale wiąże się ono z tym, że człowiek decyduje sam o sobie, musi odnaleźć pokłady siły, by wykorzystać maksymalnie dane mu lata, zachować do końca swoich dni sprawność i zapał do życia. Służyć temu może oddziaływanie słowem realizowane przez osobę komunikującą się terapeutycznie poprzez udzielanie informacji, pobudzanie do kojarzenia, interpretacje, odgrywanie ról i doskonalenie umiejętności rozwiązywania problemów. Oddziaływanie poprzez udzielanie informacji odgrywa bardzo ważną rolę wtedy, gdy nieadekwatne wyobrażenia i poglądy pacjenta przyczyniają się do powstania i treści obaw, niepokoju, obniżenia nastroju. Gdy treść przyswojonych przez odbiorcę informacji jest rozumiana, akceptowana, następuje jego uspokojenie, czyli zmiana jego stanu psychofizycznego, co z kolei ułatwia zachęcanie ze strony terapeuty, by pacjent podjął unikane do tej pory sposoby zachowania się i aktywności [2].

Umiejętność słuchania i okazywanie zainteresowania wypowiedziami starszego człowieka poprzez zachowania niewerbalne powoduje, że osoba komunikująca się z nim ma możliwość odebrania całości przekazu. Natomiast wyrażanie emocji świadczy o jej otwartości w stosunku do niego i kontakcie empatycznym, stwarzającym pełne zaufanie i życzliwy klimat. Dzięki empatii i uczestniczeniu w przeżyciach pacjenta osoba pomagająca reaguje na jego potrzeby, staje się bardziej wrażliwa. To z kolei ułatwia mu otwarcie się i wyrażenie istoty własnych problemów, pomimo że chory w podeszłym wieku nie zawsze może wprost wyrazić swoje uczucia. Relacja empatyczna powoduje, że taki pacjent traktowany jest jako podmiot opieki, a nie jej przedmiot. Inną umiejętnością jest wyrażanie pozytywnych emocji, szczególnie ciepła i życzliwości, w sposób werbalny i pozawerbalny, za pomocą tonu głosu, dotyku, kontaktu wzrokowego itp. Natomiast niekiedy zachodzi potrzeba przekazania starszemu pacjentowi informacji o jego niewłaściwym zachowaniu również w sposób werbalny i pozawerbalny. Należy jednak docenić „bogactwa" osoby starszej, jej niepowtarzalność, indywidualność oraz odmienność, okazując jej szacunek, wyrozumiałość i poszanowanie jej praw. Mając ponadto na uwadze znaczenie dla starszego pacjenta poczucia bezpieczeństwa, osoba opiekująca się w komunikowaniu powinna je zapewnić poprzez [5]:

- uważne słuchanie;
- empatyzowanie;
- emanowanie spokojem i opanowaniem;
- wsparcie w trudnych chwilach;
- stwarzanie sytuacji ułatwiających swobodne wyrażanie siebie;
- poszanowanie granic wyznaczonych przez pacjenta;
- budowanie nadziei;
- poświadczenie;
- wypowiedzi otwierające;
- odzwierciedlanie uczuć;
- dowartościowanie;
- klaryfikację;
- parafrazowanie;
- wyjaśnianie;
- przekazanie umiarkowanego optymizmu;
- zapewnianie korektywnego doświadczenia emocjonalnego;
- konfrontację z rzeczywistością;
- podsumowywanie;
- przestrzeganie tajemnicy zawodowej.

Według niektórych autorów, w tym również J. Lewko, w nawiązywaniu kontaktu ważne są m.in. następujące zachowania [3]:

- okazywanie zainteresowania pacjentowi;
- nawiązanie i rozpoczęcie rozmowy;
- zwracanie uwagi na stan psychiczny, nastrój pacjenta oraz uwzględnienie tego nastroju w swoich zachowaniach;
- reagowanie na zmiany zachodzące u pacjenta;
- stwarzanie odpowiedniego klimatu ułatwiającego swobodną wymianę poglądów;
- okazywanie zaufania starszemu pacjentowi oraz bycie godnym zaufania, wiarygodnym, autentycznym i szczerym w stosunku do chorego;
- wybranie odpowiedniego czasu i miejsca do rozmowy z pacjentem.
- jasne i konkretne formułowanie komunikatów;
- otwarte wyrażanie własnego stanowiska, osobistych poglądów;
- dobieranie języka i stylu wypowiedzi zrozumiałych dla starszej osoby;
- dostosowanie tempa mówienia do możliwości odbioru starszej osoby;
- dbanie o dwustronność komunikowania się;
- uważne słuchanie oraz udzielanie sensownych odpowiedzi;
- zwracanie uwagi na komunikaty werbalne i niewerbalne osoby starszej;
- udzielanie odpowiedzi odnośnie do konkretnych zachowań, unikanie formułowania ocen i rad;
- przekazywanie aktualnych informacji bezpośrednio pacjentowi, nie przez osoby trzecie.





## PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A., Parnowski T.: Zaburzenia psychiczne, problemy psychologiczne i społeczne związane ze starzeniem się (psychogeriatria). [w:] A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.): Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002, 2, 697-734.
2. Bilikiewicz A.: Psychiatria. PZWL, Warszawa 2004.
3. Lewko J.: Komunikowanie z ludźmi starszymi. [w:] A. Kwiatkowska, E. Krajewska-Kułak, W. Panek (red.): Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003, 184-192.
4. Pużyński S.: Choroby afektywne nawracające. [w:] A. Bilikiewicz, S. Pużyński, J. Rybakowski, J. Wciórka (red.): Psychiatria. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002, 2, 343-415.
5. Wilczek-Rużyczka E.: Empatia i jej rozwój osób pomagających. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.

# KOMUNIKOWANIE SIĘ Z RODZINĄ CHOREGO PSYCHICZNIE

Każda rodzina ma swoją odrębną tożsamość, jest inna od pozostałych i – podobnie jak odmienne kultury w różnych społeczeństwach – stanowi specyficzny, wewnętrznie spójny system. Dlatego bardzo ryzykowne są jednoznaczne twierdzenia na temat, co jest w niej dobre czy prawidłowe, a co złe czy patologiczne. Nie zmienia to faktu, że w rodzinie zachodzą pewne powtarzalne zjawiska i prawidłowości. Nie są one tak jednoznaczne jak prawa biologiczne, a jednak ich znajomość może być pomocna, jeśli chcemy ją zrozumieć i przyjść jej z pomocą [1]. Warunkiem przetrwania każdego systemu, a więc i rodziny, jest jego względna stałość, utrzymująca się na przekór zmieniającym się czynnikom zewnętrznym. Podstawowy mechanizm stojący na straży tej stałości i tożsamości rodziny określa się zapożyczonym z biologii pojęciem homeostazy. Kiedy wydarzenia zewnętrzne zagrażają rodzinnemu *status quo*, członkowie rodziny solidarnie i lojalnie starają się o przywrócenie uprzedniej równowagi. Taka sytuacja zachodzi przykładowo wtedy, gdy dzieci podejmują działania zapobiegające rozwodowi skłóconych ze sobą rodziców. Jednocześnie, co może wyglądać paradoksalnie, kłótnie mogą mieć także sens homeostatyczny, partnerzy dzięki nim pozostają w bezpiecznej odległości, niezagrażającej ich potrzebie prywatności.

Trwałość rodziny zabezpieczają także zestawy przekonań określanych jako mity rodzinne. Przykładem mitu jest podzielany przez wszystkich członków rodziny i przekazywany z pokolenia na pokolenie pogląd, że świat jest zły i tylko rodzinie można ufać, albo teza, że najważniejszą rzeczą w życiu jest bezpieczeństwo materialne. Mity rodzinne nie są czynnikiem negatywnym, niezależnie od ich prawdziwości. Stoją na straży rodzinnej tożsamości, a jednocząc wokół poglądów czy wzorców zachowań, tworzą swego rodzaju minikulturę rodzinną. Problem pojawia się wtedy, gdy mit nie jest poddawany refleksji oraz gdy jest na tyle niezmienny, że obowiązuje niezależnie od okoliczności.

Można powiedzieć, że każda rodzina dysponuje sposobami, którymi radzi sobie z odmiennością reszty świata i przeciwnościami losu. To, jakim wachlarzem sposobów dysponuje i na ile są one elastyczne, decyduje w znacznym

stopniu o jakości życia rodziny i tym, co określa się jako funkcjonalność rodziny [1].

Oprócz mechanizmów decydujących o trwałości rodziny jednocześnie działają siły zmierzające do zmiany i rozwoju systemu. Rozwój ten jest znaczony na osi czasu cyklem życia rodzinnego i jest uzależniony od stosunków i kontaktów wewnątrzrodzinnych, a co za tym idzie, rozwiązywania problemów w kolejnych jego fazach. Brak tego typu działań skazuje rodzinę nie tylko na zatrzymanie rozwoju, ale również na powstawanie zaburzeń jej funkcjonowania.

Dlatego ważne jest świadome i celowe komunikowanie się z rodziną, które powinno zapewnić poczucie bezpieczeństwa, wspierać ją w takich sytuacjach, kiedy u jednego z jej członków wystąpią zaburzenia psychiczne. W trakcie kontaktu terapeutycznego osoba pomagająca powinna pomóc odreagować niepokój i zmniejszyć napięcie w rodzinie, jednocześnie okazując jej szacunek i zrozumienie, odciążać ją z poczucia winy.

Aby zrozumieć rodzinę, można zastosować schemat rozmowy proponowany przez Stuarta i Liebermana [6], polegający na odniesieniu się do czterech wymiarów sytuacji rodzinnej: tła problemu, sytuacji emocjonalnej, istoty problemu oraz sposobu radzenia sobie z nim. Jednocześnie kontakt powinien mieć charakter empatyczny, umożliwiający rozpoznanie sytuacji domowej i nawiązanie osobie pomagającej kontaktu emocjonalnego z rozmówcami. W trakcie tego kontaktu osoba pomagająca powinna dowiedzieć się również o zmianach, jakie zaszły w rodzinie w związku z chorobą jej członka oraz jak choroba zmieniła jej życie w porównaniu z okresem sprzed zachorowania. Najważniejsza jednak wydaje się informacja dotycząca sposobów przeżywania tego problemu przez poszczególne osoby i towarzyszące temu emocje. Pozwala to nie tylko zorientować się w sytuacji uczuciowej poszczególnych członków rodziny, ale również, poprzez wyrażenie zainteresowania, ich stroną emocjonalną, następuje swoiste otwarcie emocjonalne i zwiększenie poczucia bezpieczeństwa. Jest to możliwe pod warunkiem, że osoba pomagająca zachowuje takt i umiar w czasie rozmowy, a także nie stara się za wszelką cenę zdobyć informacji i szanuje granice intymności swego rozmówcy.

Natomiast pytania o to, jak rodzina radzi sobie z sytuacją pozwalają określić dokładniej jej słabe strony i są zarazem okazją do poznania jej struktury, tzn. kto o czym decyduje, kto, jak i z kim się komunikuje. Niekiedy trzeba poprosić o opisanie i przedstawienie spraw pozornie niemających wiele wspólnego z zasadniczym problemem. Taki wrażliwy na wypowiedzi i zachowanie rodziny sposób rozmawiania z jej członkami będzie wyrazem empatii ze strony osoby pomagającej, sygnałem werbalnym i pozawerbalnym, oznaczającym, że jej uczucia są rozumiane, akceptowane i w żaden sposób nie krytykowane.

Zawsze aktualne w rozmowie z poszczególnymi członkami rodziny powinny być zasady zapobiegające niweczeniu poczucia bezpieczeństwa i akceptacji, jakie A. Kępiński adresował do psychiatrów [2]:

- należy unikać przedmiotowego traktowania pacjenta;
- nie wolno przyjmować sztucznej maski wobec chorego;
- należy wystrzegać się postawy sędziego.





Rodzina może nadmiernie opiekować się chorym, włączać go w grę rodzinną lub emocjonalnie odrzucać. Chociaż istnieją pewne podobieństwa stanowiące punkt wyjścia postępowania terapeutycznego, to jednak poszczególne choroby psychiczne mają swoją specyfikę, dlatego innymi umiejętnościami powinna dysponować rodzina, w której żyje osoba chora na schizofrenię, chorobę afektywną czy psychozę na tle organicznym.

Obwinianie się przez członków rodziny w przypadku stwierdzenia choroby u osoby bliskiej jest reakcją uniwersalną i niezależną od obiektywnych okoliczności, ale poczucie winy może owocować nadmierną opieką lub krytycznością, a czasem paradoksalnie – wrogością wobec chorego. Te dwie postawy: nadmierne uwikłanie i krytycyzm – są w świetle badań podstawowym czynnikiem wywołującym nawrót na przykład w schizofrenii [7].

Postawa nadmiernego uwikłania emocjonalnego lub krytycyzmu może być nie tylko reakcją na zachorowanie, ale konsekwencją wcześniejszych zachowań, jak w przypadku rodziców, u których postawy te rozwijały się od wczesnych lat życia przyszłego pacjenta. Proces będący ciągiem wzajemnych wpływów (nadopiekuńczego rodzica na coraz bardziej bezradne dziecko – bezradnego dziecka na coraz bardziej opiekuńczego rodzica itd.) nie określa, czy pierwotna była nadopiekuńczość rodzica, czy bezradność dziecka i nie prowadzi do żadnego konstruktywnego wniosku [8].

W przypadku choroby osoby dorosłej u pozostałych członków rodziny może się pojawiać reakcja bólu i obawy, że nie poradzą sobie z zadaniami, które uprzednio należały do chorego. Taka reakcja jest szczególnie wyraźna, jeśli zachoruje członek rodziny dotąd w pełni sił, spełniający ważną funkcję w rodzinie i dźwigający na swych barkach odpowiedzialność za pozostałe osoby [4].

Rodzina odczuwa, zwłaszcza w przewlekłym przebiegu choroby, emocjonalny, behawioralny i finansowy jej ciężar, zwany brzemieniem rodzinnym. Stan ten powoduje narastające zmęczenie i wyczerpanie członków rodziny, zwłaszcza jeśli są oni osamotnieni, bez wsparcia ze strony dalszej rodziny, służby zdrowia czy osób będących w podobnej sytuacji. Rodzina wobec zmian w psychice chorego pozostaje bezradna zarówno pod względem rozumienia procesu chorobowego, jak i rozumienia samej osoby chorej oraz sposobów komunikowania się z nią. Jeżeli metody postępowania i komunikowania się sprzed choroby są nieskuteczne, rodzi się chaos poznawczy i nasila niepokój.

Do omówionych czynników dołącza się dodatkowy, związany z kontekstem społecznym element: poczucie wstydu, a wtórnie – tendencja do izolacji społecznej. Piętno choroby psychicznej jest dla rodziny – ze społecznego punktu widzenia – poważnym ciężarem i sprawia, że w pierwszym odruchu intencją rodziny jest ukrywanie choroby przed innymi, zamykanie się w sobie i unikanie kontaktów zewnętrznych.

W związku z tym osoba pomagająca powinna wpływać na klimat emocjonalny w rodzinie i na kompetencje w pomaganiu pacjentowi poprzez [1]:

- organizowanie spotkań, aby członkowie rodziny mogli dać wyraz swoim obawom, lękom, niepokojom i innym uczuciom występującym w rodzinie w znacznym nasileniu, zwłaszcza w pierwszym okresie po ziden-

tyfikowaniu choroby, spokojne, akceptujące i empatyczne wysłuchanie przeżyć członków rodziny może przynieść nie tylko doraźną ulgę, ale do tego stopnia zredukować poziom chaosu i napięcia, że stworzy warunki niezbędne do dalszej współpracy;
- udzielanie wsparcia emocjonalnego przez redukcję poczucia winy;
- przekazywanie podstawowych informacji na temat choroby i stosowanych lub przewidywanych metod leczenia.

Ważnym czynnikiem warunkującym dobry przebieg leczenia jest istnienie w zasięgu pacjenta i jego rodziny sieci społecznej. W przypadku choroby psychicznej jest to szczególnie istotne, ponieważ okoliczności sprzyjają tendencji do izolowania się. Zadaniem osoby pomagającej jest więc zachęcanie członków rodziny do udziału w grupach samopomocy i stowarzyszeniach skupiających osoby z podobnym problemem.

Duże znaczenie ma samowiedza osoby komunikującej się terapeutycznie dotycząca własnych problemów emocjonalnych, gdyż lęk przed chorobą psychiczną, tym co inne, dziwne, niepokojące może ją męczyć i skłaniać do wycofania się, a niekiedy prowokować do podejmowania zadań nierealistycznych. Stąd ważne są u niej samoświadomość, wgląd i zrozumienie swoich reakcji emocjonalnych, umiejętność oddzielenia i odróżnienia sytuacji pacjenta i jego rodziny od własnej.

W komunikowaniu terapeutycznym z rodziną osoby z zaburzeniami psychicznymi nie powinno się nigdy rodziny krytykować, ani obwiniać, gdyż nie jest to pożądane, bo w efekcie i tak obróciłoby się przeciwko pacjentowi. Rodzina przenosi zwykle każdy przejaw krytyki pod jej adresem na chorego, dodatkowo go obwiniając. Warunkiem skutecznej pracy z rodziną jest przestrzeganie zasad proponowanych przez Rogersa [5]: terapeuta powinien być ciepły (życzliwy), empatyczny i autentyczny. Życzliwość należy się wszystkim członkom rodziny, bo każdy z nich potrzebuje pomocy. Empatia to również umiejętność dokładnego rozumienia cudzego punktu widzenia i nie należy jej mylić ze współczuciem, czyli wrażliwością na cudze cierpienie oraz z umiejętnością dzielenia z kimś bólu. Terapeuta zbyt silnie współczujący innym naraziłby się na utratę obiektywizmu, a co za tym idzie, zdolności pomagania. I wreszcie, terapeuta powinien być autentyczny, otwarty, szczery w kontaktach z rodziną. Każda nierealistyczna i niespełniona obietnica odebrana zostanie przez rodzinę jako nieszczera.

Osoba komunikująca się z rodziną nie powinna przyjmować postawy autorytarnej ani narzucać oficjalnych poglądów na temat choroby psychicznej, którą rozpoznano u osoby z tej rodziny. Czym innym jest formułowanie rzeczowych twierdzeń o dotychczasowym stanie wiedzy na temat tej choroby, czym innym natomiast wygłaszanie autorytatywnych, pozbawionych wyczucia opinii. Ważną rolę w stymulowaniu rodziny do współpracy odgrywa możliwość częstego wyrażania przez nią własnych sądów. Należy się odnosić z szacunkiem do uczuć, doświadczeń, sił i słabości każdego z członków rodziny. Bez względu na to, jak bardzo niepożądana z punktu widzenia osoby pomagającej jest taka czy





inna próba radzenia sobie z sytuacją, trzeba ją uszanować i potraktować jako najlepszą z możliwych przy posiadanych zasobach.

L. Kuipers, J. Leff i D. Lam [3] zakładają, że wymienione wyżej umiejętności międzyludzkie są warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym dla powodzenia komunikowania terapeutycznego. Dobry kontakt terapeutyczny zwiększa skuteczność działań, bez niego terapia będzie sprawiała wrażenie zabiegu czysto mechanicznego, a rodzina nabierze przekonania, że osobie komunikującej się z nią na niej nie zależy i że nie potrafi jej zrozumieć. Niełatwo wytworzyć dobrą, pełną troski atmosferę terapeutyczną, bo wymaga to sporych umiejętności. Ważne, by ta osoba umiała okazać ciepło i szczere zainteresowanie. Jeszcze ważniejsze jest, by poszczególni członkowie rodziny tak właśnie ją odbierali. Jeżeli osoba prowadząca komunikację z rodziną chce się dowiedzieć, jak ją odbierają członkowie tej rodziny, to powinna często o to pytać.

Analizując reakcje emocjonalne członków rodziny podczas procesu komunikowania się, należy zawsze mieć na uwadze, że życie z osobą z zaburzeniami psychicznymi prowokuje cały szereg reakcji emocjonalnych [3]. Jedną z takich reakcji jest zaprzeczanie chorobie, szczególnie w początkowym stadium jej rozwijania. Rodzina może próbować wmawiać sobie i innym, że wszelkie problemy minęły lub miną i już nie wrócą. Często jednak uaktywniają się różnego rodzaju emocje negatywne – złość, niechęć rodziny do chorego jej członka, pragnienie, by już z nimi nie mieszkał, a nawet chęć jego porzucenia. Jednak rodzice chorego prawie zawsze czują się winni i odpowiedzialni za powstałe problemy. Reakcją na te emocje jest poświęcenie swojego czasu i wysiłku, chęć zaopiekowania się nim, chronienia go, dołożenia wszelkich starań, by było mu lepiej. Niektórzy popadają w skrajność – starają się chorego we wszystkim wyręczać i przejąć wszystkie jego role, a to zaś powoduje, że zamiast go traktować jak osobę dorosłą i autonomiczną, zaczynają go znowu postrzegać jak dziecko. Początkowo, w ostrej fazie choroby, takie reakcje mogą być nawet pomocne, ale na dłuższą metę opóźniają proces powrotu do zdrowia, ponieważ wejście w rolę dziecka i osoby chorej wpływa na pacjenta niekorzystnie. Co więcej, pogarsza jego sprawność życiową i prowadzi do eskalacji żądań

Kolejne emocje, według L. Kuipers, J. Leff i D. Lam [3], to poczucie straty. Rodzina musi się uporać ze stratą dwojakiego rodzaju. Pierwsza – to strata osoby bliskiej sprzed choroby i jest to najczęściej smutek. Druga strata wiąże się z oczekiwaniami i ambicjami – w tym przypadku rodzina musi się pogodzić z tym, że chory być może wiele już w swym życiu nie osiągnie oraz nie będzie w pełni niezależny. W obu tych przypadkach rodzinie może być trudno zaakceptować pacjenta w obecnym stanie, a i sam pacjent musi sobie nieraz poradzić z utratą dawnego swojego „ja", dotychczasowej sprawności, pracy oraz pozycji w społeczeństwie. Pacjenta przygnębiają poniesione straty i trudności związane z koniecznością rekonstrukcji życia; rodzina jest przygnębiona, bo przytłacza ją konieczność zapewnienia pacjentowi opieki, poczucie izolacji i przekonanie, że nikt jej nie rozumie. Straty te często idą w parze ze spadkiem wiary w siebie i lękiem przed zmianą. Zarówno rodzina, jak i pacjent mogą się bronić przed tą zmianą w obawie przed nawrotem choroby i niemożnością poradzenia sobie

z tym problemem. Bywa niekiedy też tak, że rodzina zareaguje na zaistniałą niespodziewanie nową sytuację objawami depresji. U osób starszych pojawia się ponadto nieuchronnie lęk przed przyszłością: „Kto się nim zajmie, kiedy mnie zabraknie?". Mogą się też pojawić uogólniony lęk i poczucie zagubienia spowodowane tym, co się stało, i tym, co przyniesie przyszłość.

Analiza powyższych emocji członków rodzin osób z problemami psychicznymi wskazuje na to, że kontakt z takimi rodzinami wymaga od osoby komunikującej się, zarówno w sytuacjach życiowych, jak i terapeutycznych, zrozumienia, otwarcia, empatii oraz umiejętności radzenia sobie z tymi emocjami. Ponadto konieczne jest udzielenie przez nią pomocy rodzinie w zrozumieniu wspomnianych emocji i uznania ich za normalny proces, gdyż negatywne emocje często prowadzą do krytykowania innych. Silne emocje rodziny udzielają się natomiast osobie komunikującej się i mogą utrudnić z nią pracę. Dlatego warto przestrzegać następującej zasady ogólnej: jeżeli u tej osoby pojawią się silne emocje, np. poczucie winy, złość, poczucie bezradności, są one zwykle odbiciem analogicznych emocji przejawianych przez rodzinę, a wgląd i świadomość, skąd się wzięły, pozwalają szybciej poradzić sobie z nimi i wrócić do konstruktywnego komunikowania.

## PIŚMIENNICTWO


1. Barbaro de B.: Pacjent w swojej rodzinie. Wydawnictwo Springer PWN, Warszawa 1997.
2. Kępiński A.: Poznanie chorego. PZWL, Warszawa 1978, 112-115.
3. Kuipers L., Leff J., Lam D.: Praca z rodzinami chorych na schizofrenię. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Warszawa 1997, 4-39.
4. Lansky M.R.: Family psychotherapy of the patient with chronic organic brain syndrom. [w:] M.R. Lansky (red.): Family approaches to major psychiatric disorders. American Psychiatric Press, Inc., Washington D.C. 1985.
5. Rogers, C.R.: Client – centered therapy; its current practice, implications and theory. Houghton Mifflin, Boston 1951.
6. Stuart M.R., Lieberman J.A.: The 15 minute hour. Applied psychotherapy for the primary care physician. Praeger, Nowy Jork 1986.
7. Vaughn C.E., Leff J.T.: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. British Journal of Psychiatry 1976, 129, 125-137.
8. Wynne L.C.: The epigenesis of relational systems. A model for understanding family development. Family Process 1984, 23, 297-318.




ROZDZIAŁ 8

# ETYCZNE ASPEKTY KOMUNIKOWANIA SIĘ Z PACJENTEM CHORYM PSYCHICZNIE

Każda osoba komunikująca się z chorym psychicznie powinna być świadoma z jak specyficznym i trudnym zadaniem ma do czynienia. Człowiek z zaburzeniami psychicznymi jest rozmówcą bardzo wrażliwym i wymagającym zrozumienia, empatii i akceptacji. Podjęcie psychologicznego oddziaływania na jego psychikę, by pomóc mu przezwyciężyć trudności czy zaburzenia i doprowadzić do zmian jego postępowania, wymaga zachowania specjalnej ostrożności. Wiąże się to z przestrzeganiem nie tylko praw pacjenta, ale również norm etycznych. Lekarz, psycholog czy pielęgniarka, mając predyspozycje i odpowiednie przygotowanie, nie mogą w kontakcie z pacjentem psychiatrycznym w żaden sposób narazić go na naruszenie jego statusu podmiotowego i zasad moralnych, gdyż on powierza im najintymniejsze problemy i doświadczenia, „daje dostęp" do swoich, często wstydliwych przeżyć i obdarza zaufaniem. Osoba pomagająca, poprzez pomoc w rozwiązaniu jego najtrudniejszych problemów, staje się dla niego autorytetem i gwarantem bezpieczeństwa. Dlatego zaufanie chorego do osoby pomagającej, często jako „ostatniej deski ratunku", pomoże mu uwolnić się od cierpienia. Należy jednak uważać na niebezpieczeństwa związane z ingerencją w psychikę drugiego człowieka, w tym przypadku bezbronnego pacjenta psychiatrycznego, co wynikać może ze specyfiki relacji terapeutycznej.

Kodeksy zawodowe psychologa i innych osób zawodowo pomagających [5, 7, 8] oraz Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego [6], poświęcają szczególnie dużo miejsca wskazywaniu konkretnych norm i zaleceń postępowania etycznego w odniesieniu do pacjenta psychiatrycznego. Dodatkowo w 2000 roku sformułowano także Kodeks Etyczny Psychoterapeuty [1]. Normy zawarte we wspomnianych aktach prawnych są przekraczane, kiedy nie respektuje się godności osobistej, podmiotowości i autonomii chorego lub przestaje się stwarzać warunki, w których on sam dokonuje wyborów. Ponadto, nie należy dać odczuć pacjentowi psychiatrycznemu, że on sam nie potrafi i nie może rozwiązywać swoich problemów, a ktoś inny za niego decyduje, tak jakby lepiej znał jego problemy i potrzeby oraz przesądzał, co będzie dla niego najlepsze. To właśnie wtedy pojawiają się największe niebezpieczeństwa oddziaływania psy-

chologicznego – jako przemoc psychiczna i wymuszanie, dzięki autorytetowi, określonych zachowań wspomaganego. Innym niebezpieczeństwem jest natomiast wpływanie na system wartości pacjenta, czyli indoktrynacja [3]. Psychoterapeuta może manipulować swoim pacjentem [2], wykorzystując specyficzny emocjonalny związek, który wytwarza się w procesie terapii. Zjawiska te nie są celowym oddziaływaniem, ale mogą pojawiać się wtedy, gdy zapomina się o podstawowych zasadach udzielania pomocy psychologicznej [4].

Omawiając te zasady, trzeba zwrócić uwagę na konieczność zapewnienia pacjentowi poczucia bezpieczeństwa poprzez jednoznaczne określenie warunków udzielania pomocy, zapewnienie poufności relacji, troskę o minimalizację cierpienia oraz udzielanie pomocy tak długo, jak jest ona niezbędna. Zalecenia te można rozważać w kontekście uznawania autonomii i podmiotowości chorego, analizując relacje psychoterapeuta-pacjent na trzech etapach pomagania, jakimi są: ustalenie kontraktu, przebieg psychoterapii, zakończenie psychoterapii [3].

Ustalenie kontraktu terapeutycznego to przede wszystkim określenie jego celu poprzez poznanie oczekiwań pacjenta psychiatrycznego i możliwości osoby pomagającej oraz określenie spodziewanych rezultatów. Niezwykle ważnymi elementami są informacje o częstości i czasie kolejnych spotkań, gdyż osoba z zespołu terapeutycznego musi umieć kontrolować swój wpływ na proces leczenia pacjenta, a poprzez dbałość o swoją kondycję zarówno fizyczną, jak i psychiczną, a także rozwój intelektualny ma przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu [3]. Natomiast w przypadku przeżywania kryzysu czy szczególnej sytuacji życiowej lub też poważnej choroby somatycznej, powinna – zgodnie z zaleceniem kodeksu etyczno-zawodowego swojej profesji – powstrzymać się od czynności zawodowych.

## PIŚMIENNICTWO


1. Kodeks Etyczny Psychoterapeuty. [w:] B. Chyrowicz (red.): Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę. Towarzystwo Nauk. KUL, Lublin 2002, 165-169.
2. Kokoszka A.: Etyczne aspekty ingerencji w ludzką psychikę – dylematy psychoterapeuty. [w:] B. Chyrowicz (red.): Etyczne aspekty ingerowania w ludzką psychikę. Towarzystwo Nauk. KUL, Lublin 2002, 63-86.
3. Sęk H.: Psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 2005, 1, 319-322.
4. Tryjarska B.: Podstawowe zasady etyczne w psychoterapii. [w:] J. Brzeziński i M. Toeplitz-Winiewska (red.): Praktyka psychologiczna w świetle standardów etycznych. Wyd. Nauk. SWPS Academica, Warszawa 2004, 117-129.
5. Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty. DzU Nr 28, poz. 152.
6. Ustawa z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. DzU Nr 111, poz. 535.
7. Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. DzU Nr 91, poz. 410.
8. Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. DzU Nr 73, poz. 763.




# INDEKS